



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD” LUS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA**

**Informe final de seminario de graduación Para optar al título de
Licenciatura en enfermería en salud pública**

Complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo y el parto en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021

Autoras:

Br. Elena Margarita Hernández Téllez

Br. Rita Auxiliadora García Dávila

Br. Valeska del Rosario Espinoza Cruz

Tutora: PhD Marta Espinoza

Managua, Febrero 2022



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD” LUS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA**

Complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo y el parto en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021

- ❖ Elena Margarita Hernández Téllez
- ❖ Rita Auxiliadora García Dávila
- ❖ Valeska del Rosario Espinoza Cruz

Managua, Febrero 2022

Dedicatoria

“Todo lo que pidas en oración creyendo lo recibirás “Mateo: 21:22

Le dedico este trabajo, ante todo, a Dios, a los santos y a toda la orden celestial, los cual nos han acompañado a lo largo del trabajo, porque es el ser de luz que guía nuestras vida con su infinita bondad, amor, protección y por darnos salud y creatividad.

A mi papá, Holman salvador Hernández Ponce más que dedicarte esto te lo entrego, gracias a tu lucha y esfuerzo, gracias por no déjame caer nunca es que hemos logrado esto, tu más que nadie te lo mereces gracias papá. A mi hermana por su regaño, opiniones y comentarios que me sirvieron para cumplir un paso más en mi vida gracias por correr junto a mí.

A mi novio Milton quien me apoyo y alentó para continuar que a pesar de todo confió siempre en mí.

Elena Margarita Hernández Téllez

A mis padres, María Concepción Martínez, Sr Roberto García por todo su apoyo incondicional y haberme motivado a seguir con mis estudio, a mis hermanos, a mi esposo Moyses Garcia por haberme brindado su comprensión, apoyo y por alentarme a culminar con mis estudio y a mi hija porque fue mi motivación para superarme.

Rita Auxiliadora Garcia Dávila

A mis padres, Rosa Argentina Cruz Méndez, Sr Nicolás Carcache por ser mis amigos incondicionales además, son los constructores de mis primeras etapas de vida durante todo estos años no me ha faltado su amor, confianza y apoyo emocional.

A mi esposo Milton Mercado López que con mucho amor y esfuerzo me brindo confianza, seguridad y su compañía en momentos de tristeza y alegría, así como en largas hora de estudio y a mi hijo que ha sido el motivo por el cual cada día he decidido seguir adelante

Valeska Espinoza Cruz

A nuestra tutora **PhD** Marta Espinoza por dedicarnos parte de su valioso tiempo para orientarnos en el proceso investigativo por brindarnos sus conocimiento y enseñanza que nos permitió llegar a la culminación de este estudio.

Y a cada una de la persona que de una u otra manera contribuyeron este logro.

Agradecimiento

“Adquiere sabiduría, adquiere inteligencia; no olvides mis palabras ni te partes de ella”

Proverbios 4:5

A Dios nuestro padre celestial por brindarnos salud, sabiduría y fuerza para culminar con éxito estos años de estudios universitario y poder compartir este logro en conjunto.

A nuestros padres y familiares quienes han sido los pilares fuertes de nuestra vida, ellos han estado con nosotras desde nuestros primeros pasos y sin su apoyo incondicional no lo fuéramos logrados.

A nuestro Profesor Jonathan Mejía por dedicar espacio y tiempo, por su comprensión y paciencia.

Al hospital Humberto Alvarado por habernos abierto la puerta y facilitado la información necesaria para completar el trabajo y habernos dado el espacio necesario.

A lo compañeros presentes y ausentes por habernos brindado su apoyo e información necesaria en el trabajo.

A los docentes que nos formaron en cada una de las etapas de la formación académica porque compartieron el pan del saber, tuvieron paciencia y dedicación para motivarnos a seguir adelante y ser persona de bien a la sociedad.

A la PhD Marta Espinoza agradeciéndole la formación integral que nos brindó en los 5 años de estudio y por siempre recordarnos el compromiso de nuestra vocación.

“2022: Por más Victorias Educativas”

En calidad de Tutora doy fe de que el grupo investigador ha incorporado las recomendaciones que emitiera el jurado calificador de Graduación sobre: **Complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo y el parto en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021**

Realizado por los estudiantes:

Elena Margarita Hernández Téllez	001-190897-0005P
Rita Auxiliadora García Dávila	401-220595-0007B
Valeska del Rosario Espinoza Cruz	201-180799-1003H

Para optar al título de licenciado en Enfermería Salud pública, a través de la presente doy a conocer que los autores del presente trabajo, han logrado cumplir con los propósitos fundamentales del seminario de graduación, al utilizar los conocimientos y experiencias producto de la carrera, en la identificación y análisis y proposición de soluciones del subtema en estudio, demostrando capacidad, creatividad científica y profesional dentro del campo estudiado.

Dra. Marta Lorena Espinoza
Tutora de Seminario de Graduación

Cc: Archivo

Resumen

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo y el parto. El presente estudio se realizó con el objetivo identificar las complicaciones obstétricas que presentan en el tercer trimestre del embarazo y el parto, las adolescentes embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, es un estudio bajo el enfoque cuantitativo, retrospectivo y de corte trasversal, nuestro universo está constituido por 500 pacientes con una muestra de 82 embarazadas adolescentes para la recolección se realizó una revisión documental en la área de archivos, encontrando de relevancia que la edad más predominante es de 18 años de edad y encontrando una adolescente de la temprana edad de 11 años ,el nivel de escolaridad que se encuentran las adolescentes es en secundaria, lo cual, se encontraron las siguientes complicaciones en el tercer trimestre: infecciones en las vías urinarias, Ruptura prematura de membrana, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional y anemia; siguiendo las complicaciones del parto obteniéndose: hemorragia de alumbramiento, parto prolongado y Degrado intrauterino y expulsivo prolongado el informe final se realizara en Word y Power point. Las complicaciones con más relevancia en el tercer trimestre fueron las siguientes: cardiopatía, sangrado tras vaginal y riesgo de aborto; las complicaciones encontradas en el parto fueron prolapso del cordón umbilical, Lui de cielo abierto, Distocia del canal pélvico y embolismo de líquido, esto es un problema de salud pública estas son las complicaciones más comunes que presentan las adolescentes que asisten al hospital antes mencionados.

Palabras claves: complicaciones, adolescentes, embarazada, parto y tercer trimestre

Contenido

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
Antecedentes internacionales	2
Antecedentes Nacionales.....	5
III. Planteamiento de problema	8
Descripción del problema.....	8
IV. Justificación	9
V. Sistematización del problema	10
VI. Objetivos	11
VII. Desarrollo del sub tema	12
Capítulo 1: características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021	13
Capítulo 2: Complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes en el tercer trimestre del embarazo	20
Capítulo 3: complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes durante la atención del parto	32
VIII. Diseño Metodológico	44
IX. Análisis y discusión de resultados	51
X. Conclusiones	72
XI. Recomendaciones	73
XII. Bibliografía	74
XIII. Anexo	77
Galería de fotos	103

I. Introducción

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescentes. La (OMS, 2017)) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales entre las edades 10-14 años y finalizando gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico entre los 15 a 19 años, es por esto que una adolescente embarazada se comporta de acuerdo al momento de vida que está transitando.

La atención obstétrica a las embarazadas adolescentes más que un problema particular de la adolescente es de toda la familia por lo general trae consigo problemas biológicos, psicológicos y sociales haciendo énfasis en el momento de desarrollo del embarazo donde se presentan diversas complicaciones que afectan a las adolescente, las comunes son, abortos, amenaza de parto prematuro, infecciones urinarias, preeclampsia y ruptura prematura de membranas.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública muy importante, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad, las jóvenes menores de edad que tienen embarazos no deseado y más predominantes son las que habitan en zonas rurales y trae consigo un gran número elevado de complicaciones de salud tanto para la madre como a su hijo y un alto índice de mortalidad para ambos, es por esto la importancia de nuestra investigación por tanto nuestro trabajo está enfocado en identificar las complicaciones más frecuentes en las adolescentes que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.

II. Antecedentes

En este estudio e investigación se anteceden trabajos a nivel Internacional como Nacional, durante la realización de los antecedentes se investigó trabajos que tengan relación con nuestro tema a investigar. Se realizó investigación en diferentes páginas de internet tales como Google Académico, OMS que nos respaldaran nuestro trabajo investigativo. Se realizó investigaciones en el POLISAL (CEDOC) y biblioteca nacional de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Unan Managua), encontrando estudios que anteceden en este trabajo de investigación por tanto a nivel internacional y nacional. De esta manera, logramos encontrar los siguientes trabajos realizados en diferentes lugares del país.

Antecedentes internacionales

En Perú, 2020 Angulo Sevillano, Gian Dany Josué se realizó un estudio “Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el hospital regional docente de cajamarca”. El estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo. En cuanto a la edad de las gestantes evaluadas con complicaciones en el tercer trimestre, se encontró que el 50.14% fueron adolescentes y el 49.9% adultas, en el grupo de adolescentes el promedio de edad fue de 16 en un rango de 13 a 19 años, en el caso de las adultas el promedio de edad fue de 28 en un rango de 20 a 43 años. Con respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de las gestantes adolescentes se encontró que la mayoría de las gestantes adolescentes en un 50.6% no tenían pareja, mientras que en las gestantes adultas 25.4% no tenían pareja. En relación a la escolaridad, se encontró que la mayoría de las gestantes adolescentes son analfabetas o tienen formación básica, (100.0%), al igual en las gestantes adultas donde la mayoría tienen formación básica o analfabeta (79.8%). El 50.6% no tenían pareja, mientras que en las gestantes adultas 25.4% no tenían pareja. La información obtenida en la investigación a través de las historias clínicas en las pacientes gestantes adolescentes y adultas con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo del Hospital Regional Docente de Cajamarca, constituye una información válida para orientar a los especialistas en la toma de decisiones frente a un problema que, sin duda, aún no es controlado.

En Perú, 2019 Sarita de los Ángeles se realizó un estudio “Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas atendidas en el centro materno infantil José Agurto Tello de el tambo” El trabajo de investigación fue un estudio observacional, retrospectivo, de corte

transversal, de tipo descriptivo, La población del estudio estuvo constituida por todas las adolescentes embarazadas con complicaciones obstétricas, atendidas en el centro materno infantil José Agurto Tello de el Tambo. Según los registros estadísticos del establecimiento de salud, fueron un total de 36 gestantes. Del total de gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, las edades fueron, el 10% tuvieron menos de 14.7 años, el 25% tuvieron menos de 16 años y el 75% más de 16 años. La paridad de las adolescentes fue del 100% de gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas; el 94.4% fueron nulíparas y el 5.6% fueron primíparas. Las principales complicaciones que presentaron fueron del 100% de gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas; el 22.2% tuvieron trabajo de parto precipitado, el 19.4% tuvieron infección de tracto urinario, el 13.9% tuvieron amenaza de aborto, el 8.3% tuvieron trabajo de parto prolongado, el 5.6% tuvieron amenaza de parto pre término, el 5.6% tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el 5.6% tuvieron sufrimiento fetal agudo, el 19.4% tuvieron uno de estos diagnósticos, aborto incompleto, alumbramiento prolongado, desgarro de cuello uterino, hemorragia post parto, hiperémesis gravídica, oligohidramnios, retención de restos placentarios.

En Perú, 2018 Norma Andrea Maúrtua Blancas se realizó un estudio “Complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 A 35 Años en el hospital maría auxiliadora”. El presente estudios es de es de corte transversal porque se toma la muestra en una sola oportunidad su objetivo principal era determinar si la atención prenatal reenfocada se relaciona con las complicaciones obstétricas durante el parto en las gestantes de 18 a 35 años de edad atendidas en el Hospital María Auxiliadora, su población era de 260 participantes. Se encontraron variadas complicaciones obstétricas, en la que resalta con mayor porcentaje el desgarro perineal de primer grado representando el 23.9% (59 gestantes) del total de 247. En segundo lugar se encontró a la anemia puerperal leve con 13% (32 gestantes). En tercer lugar encontramos hipoactividad uterina durante el parto con un 6.1% (15 gestantes). La retención de placenta y/o membranas durante el parto en cuarto lugar represento el 5.7% (14 gestantes). Dentro del grupo trastornos hipertensivos se halló la preeclampsia leve en quinto lugar con un 5.3% (13 gestantes) y a la hipertensión materna en sexto lugar con un 2.8% (siete gestantes). El desgarro perineal de segundo grado en octavo lugar junto con la hiperactividad uterina durante el parto en noveno lugar representan el 2.4% (seis gestantes). La hemorragia postparto en décimo lugar junto con la anemia puerperal moderada en onceavo lugar

representan el 2% (cinco gestantes). Por último, la infección puerperal y el expulsivo prologado representaron el 0.4% (una gestante) siendo estas complicaciones las menos frecuentes. Las complicaciones obstétricas encontradas durante el parto en las gestantes con atención prenatal reenfocada adecuada, se encontró como único resultado al desgarro periyesneal de primer grado con un 15.4%. 4. Las complicaciones obstétricas encontradas durante el parto en las gestantes con atención prenatal reenfocada inadecuada se encontraron que fueron variadas, siendo las de mayor frecuencia el desgarro perineal de primer grado con un 23.9%, y la anemia puerperal leve con un 13%.

En Ecuador, 2017 Maribel mina Martínez se realizó un estudio “Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el hospital gineco-obstétrico isidro” el presente estudio es de descriptivo-retrospectivo, en el período de enero a diciembre del 2015 lo que permitió analizar la incidencia e interrelación de las variables estudiadas., por tanto la OMS tiene como estrategia lograr la disminución de la mortalidad materna, por lo que la presente investigación aportara con sus resultados al control y vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna. En la presente investigación el valor promedio de la edad en las adolescentes fue de 16 años y en las adultas de 28 años, por lo que se considera de alto riesgo el embarazo en las adolescentes porque necesita cuidados y tratamiento especiales, lo que conlleva a complicaciones En relación a las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo se presentaron complicaciones como anemia, preeclampsia, parto prematuro, amenaza de parto pre término, desprendimiento placentario, infecciones urinarias y placenta previa.

En Honduras 2016 se realizó un estudio “Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados” Se analizaron 380 expedientes de mujeres embarazadas, su objetivo principal era, identificar cuáles son las complicaciones obstétricas que tienen mayor incidencia en adolescentes y mujeres adultas, influyendo la edad como principal factor , realizaron cuestionario analizando las características sociodemográficas como la edad del grupo etario, oscilan entre la edad de 10-19 años, seguido de mayor o igual de 36 años, el grado o nivel de escolaridad predominante fue la primaria incompleta; el estado civil con mayor relevancia fue la unión libre; la mayoría de los participantes son de raza mestiza. Las principales complicaciones que las gestantes han presentado en este estudio son: el desgarro perineal, ruptura prematura de membrana, anemia y el parto precipitado. Los momentos con mayor complicación en adolescentes y

edad avanzada, Es decir, mayores de 35 y menores de 19, se presentan “antes del parto”, “Durante el parto”, “Después del parto”.

En México 2016 se realiza un estudio “Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas, ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del hospital de Cobán” el objetivo fue la descripción de complicaciones en embarazos adolescentes, realizaron un estudio descriptivo-retrospectivo. La población estaba compuesta por 40 jóvenes embarazadas con algunas complicaciones. Resultados: Las complicaciones prenatales más frecuentes en adolescentes durante el embarazo fueron la amenaza de parto prematuro 4.62%, parto prematuro 0.96%, infección urinaria 30.96%, trastorno de hipertensión 2.79%, RPM 0.58% y anemia. 0,38%, muerte fetal 1,44%.

Antecedentes Nacionales

Managua, 2017, Stephanie Navas Molina se realiza un estudio “comportamiento y complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” del municipio de waslala, Matagalpa” de acuerdo al diseño metodológico, el tipo de estudio metodológico es descriptivo de los procesos, según el método de estudio es observacional. Pacientes embarazadas que ingresaron al hospital primario fidel ventura que presentaron algún tipo de complicación obstétrica durante la primera, segunda mitad del embarazo, parto y puerperio inmediato desde enero a diciembre del año 2016. La mayoría de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas acudieron a menos de 4 controles prenatales; siendo justificable en el caso de aborto incompletos dados que son sangrados de la primera mitad del embarazo; sin embargo llama la atención que en complicaciones en embarazos de término también se encuentran con menos de 4 CPN, esto se puede deber debido a que pesar que se evidencia una búsqueda de atención por parte de las pacientes ante la presencia de signos de peligros, no se ha logrado persuadir o concientizar a la población sobre sus controles prenatales, ya que se realizan captaciones tardías en el embarazo o en algunos casos no se realiza la captación. Con respecto a las complicaciones presentadas según la edad gestacional, la mayoría fueron en el III trimestre, coincidiendo con la normativa 109 que plantea que la mayor parte de las complicaciones ocurren en la segunda mitad del embarazo encontrándose entre lo más frecuente las hemorragias por hipotonías uterinas, preeclampsia grave y ruptura prematura de membrana; así como también se plantea que la primera mitad del embarazo la mayor complicación es el aborto

que coincide con los hallazgos del presente estudio, ya que el aborto fue encontrado como la segunda complicación más frecuente.

Managua 2016, Skarleth del Carmen Urbina Reyes realizo un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal sobre “Complicaciones obstétricas en adolescentes en el hospital primario Jacinto Hernández, nueva guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur” su población fue de 159 embarazadas que cumplieron con los datos establecidos en los criterios de inclusión y exclusión. En cuanto a los meses de investigación el mayor porcentaje de adolescente embarazadas predominaron en el rango de edades en 17-19 con un 67%, seguido por las que se encontraban entre 14-16 años con un 26% y por último con un 7% las que se encuentran entre las edades de 10-13 años. El 71% de las adolescentes era de procedencia rural y 29% del casco urbano, Dentro de las complicaciones durante el embarazo se encontró que el aborto espontaneo represento el 17%. Respecto al síndrome hipertensivo gestacional, se encontró que la hipertensión gestacional represento un 25% y la pre-eclampsia 10%. La Ruptura prematura de membrana se manifestó en un 10% del total de las complicaciones obstétricas en adolescente. En las complicaciones durante el parto, 5% hemorragia postparto, desgarro grado I 3%, desgarro grado II 0.7% y el parto obstruido 0.7%. Entre las complicaciones durante el embarazo se encontraron la hipertensión gestacional principalmente, seguido de aborto, amenazas de parto pre término, ruptura prematura de membranas al igual que pre-eclampsia y las infecciones de vías urinarias sintomáticas y asintomáticas, en último lugar el embarazo a ectópico. Respecto a las complicaciones durante el parto la hemorragia postparto estuvo en primer lugar, seguido de desgarros perineales y parto obstruido.

Masaya, 2015, Celeste Liuvania Garcia Luna se realizó un estudio descriptivo y según la secuencia en el tiempo es de corte transversal sobre “Complicaciones Obstétricas En adolescentes que asistieron al hospital Humberto alvarado vásquez”. Está constituido por 83 embarazadas que acudieron al hospital Humberto alvarado y que cumplieron con los criterios de inclusión se observa mayor predominio entre las edades de 15 a 17 años, se encuentra predominio de preeclampsia moderada y grave lo cual está respaldado por la literatura la cual indica que el hecho de tener menos de 20 años y la nuliparidad es una factor de riesgo para presentar síndrome hipertensivo gestacional y a pesar que este síndrome está asociado a la morbi- mortalidad materna en nuestro estudio no se reporta

ninguna de las adolescentes fallecidas. En las principales complicaciones durante el trabajo de parto la más frecuente en nuestro estudio es sufrimiento fetal agudo

Matagalpa, 2013, Montiel Moreno realizo un estudio descriptivo de corte transversal sobre “complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional César Amador Molina” el cual concluye que en su mayoría la atención brindada se presentó en adolescentes entre las edades de 17 y 19 años, la complicación más frecuente en todos los momentos del embarazo es síndrome hipertensivo gestacional inclusive con mayor frecuencia en las últimas semanas de gestación, dentro de los antecedentes personales esta patología se asocia con IMC mayor de 28, durante sus controles cumplen al menos con 4 controles pero no son completos ya que no se realizan en su totalidad todos los exámenes indicados y los óbitos extra hospitalarios que se presentaron en ciertas adolescentes fue producto de malformaciones congénitas tales como anencefalia.

En conclusión se puede observar que en las diferentes investigación se presentan complicaciones en las adolescentes uno de las complicaciones que predomina es la muerte materna neonatal, ruptura prematura de membrana, hemorragia y parto pre termino.

III. Planteamiento de problema

Descripción del problema

El embarazo en las adolescentes se relaciona con un riesgo aumentado de complicaciones obstétricas, lo que conlleva el aumento de la mortalidad y morbilidad materna, Las literaturas afirman, que un embarazo en los extremos de la vida es considerado siempre de alto riesgo. Las complicaciones durante el embarazo son diversas según la OMS entre las complicaciones se tiene la ruptura prematura de membrana y el parto prematuro

El mayor número de muertes maternas, se producen debido a complicaciones obstétricas, en la actualidad, el embarazo en la adolescente es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre como para el recién nacido. (OMS , 2021). Está relacionado con múltiples complicaciones aumentando el riesgo de un 50% de morbilidad materna y muerte neonatal.

Delimitación del problema

En la región centroamericana, tres países (Guatemala, Honduras y Nicaragua) registraron porcentaje superiores al 20.0% en mujeres que reportaron que dieron a luz ante de cumplir su mayoría de edad. Nicaragua presento el porcentaje más alto (23.0%) casi el doble que costa rica con un (12.6%). (peñas, 2018)

Se ha observado por medio de la exploración en el hospital Humberto Alvarado Vásquez que de las embarazadas que asisten una gran cantidad son adolescentes embarazadas que se encuentran en la sala de ARO que presentan complicaciones obstétricas durante el tercer trimestre y el parto, por el cual nos motiva a investigar y nos hemos planteado la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las Complicaciones obstétricas en las adolescente embaraza durante el tercer trimestre y el parto que acuden al Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021?

IV. Justificación

Se considera que el embarazo y el parto en la adolescencia son de alto riesgos obstétricos y experimenta mayores complicaciones.” La procreación prematura aumenta el peligro tanto para la madre como para el recién nacido” (OMS , 2021). La madre adolescente no está preparada físicamente para desarrollar un embarazo porque pueden presentar complicaciones en el embarazo y el parto.

Las adolescentes que se embarazan tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y la morbo-mortalidad perinatal y neonatal es mayor en hijos de madres adolescentes. Además, la actividad sexual temprana junto con el bajo rendimiento escolar suelen ocasionar según la OPS, mayores tasas de natalidad y exponen a las adolescentes a riesgos de quedar embarazadas. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces mayor al de un recién nacido a término, con cifras muy variables en función de las semanas de gestación.

La cobertura de calidad de atención durante los controles prenatales constituye un factor de gran importancia en la salud materno - fetal, e impulsa la estrategia para la promoción de la salud integral de la mujer antes, durante y después del proceso reproductivo.

Éste estudio tiene como propósito identificar sobre las complicaciones obstétrica que presentan las adolescentes embarazadas en el tercer trimestre de gestación y el durante el parto en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez en el departamento de Masaya. De igual forma, se proporcionará a través de este estudio información acerca de la atención prenatal en la institución, sin ánimos de perjudicar sino para contribuir al mejoramiento de la calidad de atención por medio de estrategias e ideas sugeridas. Será de interés para el personal de salud del Hospital donde se realizará el estudio para conocer las complicaciones que las adolescentes en esta etapa pueden presentar y pueden afectar a la madre como al hijo, se llevara a cabo dicha investigación para brindar atención de calidad y calidez.

V. Sistematización del problema

1. ¿Cuáles son la característica sociodemográfica de las adolescentes embarazada del Hospital Humberto Alvarado Vásquez?
2. ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas en el tercer trimestre del embarazo?
3. ¿Con que frecuencia se presentan las complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes durante la atención del parto?

VI. Objetivos

Objetivo general

Determinar las Complicaciones obstétricas que presentan durante el tercer trimestre del embarazo y el parto en las adolescentes que acuden al Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográfica de las adolescentes embarazadas que están ingresadas en el hospital Humberto Alvarado Vásquez , Masaya II semestre 2021
- Distinguir las complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes en el tercer trimestre del embarazo
- Distinguir las complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes durante la atención del parto

VII. Desarrollo del sub tema

Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo (Valencia, 2015). Algunos de los riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente ya que al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las mujeres adolescentes no solo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebe, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebe saludable. La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas puede ser similar a la del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.

Características sociodemográfica

Las características sociodemográficas, son el conjunto de características biológicas, socio-económicas que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que de una u otra manera puedan ser medidas es por este motivo que en este estudio haremos énfasis en las características propia de adolescentes embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.

La (OMS, 2017)) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales entre las edades 10-14 años y finalizando gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico entre los 15 a 19 años.

Es por esto que una adolescente embarazada se comportara de acuerdo al momento de vida que está transitando el embarazo no deseado es un problema social cada vez más frecuente.

El embarazo adolescente es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Según (Endesa, 2018), en Nicaragua se ha llevado un plan de ejecución por género para conocer el total de la población, en el cual se reflejó que en Nicaragua hay más mujeres que varones. Los conceptos sobre las características que permiten diferenciar a los individuos son diversos. Orozco, (2015) afirma: “se le denomina sexo al carácter que se le inserta a las especificaciones de un espécimen, estas son las que conocemos como femenino y masculino o macho y hembra” (p. 98). El sexo representa también una tasa poblacional importante, separa a la especie humana en dos, definiendo para cada tarea y ejercicios propios a cada uno. Desde una perspectiva semejante se puede mostrar que los periodos de tiempo se muestran de manera similar.

Edad.

Fases de los adolescentes

La adolescencia se define como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica.

Según la OMS, la adolescencia se clasifica en:

- Adolescencia temprana: 10 a 13 años.
- Adolescencia media: 14 a 16 años.
- Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

Adolescencia temprana 10 a 13 años

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios uno de los cambios es el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones.

Adolescencia media: 14 a 16 años.

La mayoría de las mujeres comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos les sale acné (Allen, 2019). Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares.

Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos “Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad” (Allen, 2019). No obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad.

La edad es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Según (Cabarrubia, 2018) “la vida del hombre se divide en 7 edades: niñez, pubertad, adolescencia, juventud, vejes, decrepitud”). Las adolescentes de las edades de 14 a 17 años que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya. El significado de la palabra edad es muy amplio de una manera general y se puede decir que es un espacio de años que han corrido de un tiempo a otro. Bosco Cayo (2014), afirma:

Edad biológica no es más que el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona o cualquiera de dichos periodos por sí solo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales: la infancia que es la edad indicada para comenzar a estudiar un nuevo

idioma y la tercera edad que debería ser una etapa de descanso y tranquilidad. (p.354).

El momento oportuno para tener el primer embarazo en la adolescencia debe postergarse hasta la edad de 18 años para beneficio de la madre y del bebé teniendo en cuenta que la edad más apropiada fisiológicamente es de 25 a 30 años se dan en la mujer las condiciones más favorables para concebir , engendrar y tener un hijo.

En la investigación es importante tomar en cuenta la edad de este grupo en estudio porque es un determinante de las complicaciones debido que la adolescentes, son más frecuentes lo trastornos hipertensivos, desgarros del canal del parto, distocias del trabajo de parto, aumento de la morbi- mortalidad materna.

Religión

Conjuntos de creencias religiosas, de normas de comportamientos y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con la que el hombre reconoce una relación con la divinidad. Conforme al censo de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Gobierno de Nicaragua, el 58,5% de la población es católica y el 21,6%, protestante evangélica. En el censo del 2010 la cifra de católicos cayó al 47,5% y de evangélicos se elevó al 34,6.

Una gran parte de la población que se siente y se declara religiosa, católica aunque al mismo tiempo demuestra poca coherencia en la práctica y probablemente en el conocimiento y asunción de algunas de las características de la religiosidad católica si bien el grado de práctica es escaso o nulo , la practica da lugar a diferentes posiciones y vivencias de lo religioso una religión laica, formas espirituales una religión que pasa del plano público al privado por educación y sintonía cultural de una comunidad (cofradías, procesiones ,bautizos y comuniones.)

Entre estos católicos se encuentran personas que tratan de mantener una coherencia entre las características definitorias de su sistema religioso , aspectos más institucionales como doctrina practica y pertenencia oficial y aspectos de la religión de tipo vitales o personales como serian la fe personal , la experiencia religiosa de la vida cotidiana y las acciones a pequeña escala pero también es posible y bastante probable que en este conjunto se encuentren incluidas personas que tienen una vivencia cercana al catolicismo vacío.

Nivel escolar

El código de la niñez y la adolescencia en el artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual, integral, objetiva, orientada, científica, gradual y formativa que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable el estado garantizara programas de educación sexual a través de las escuelas y la comunidad educativa.

Entre los derechos que se establecen en el código de la niñez y la adolescencia está el recibir una educación sexual que abarque todos los términos con sus caracteres científicos lo cual involucra un desarrollo personal sobre todo la autoestima del adolescente relacionado a las esferas de la sexualidad.

En Nicaragua el tramo de escolarización obligatorio se extiende por siete años desde el tercer año del nivel preescolar hasta el sexto grado de primaria, Nicaragua es el país latinoamericano con menor cantidad de años de escolarización obligatoria y la educación es gratuita.

Rural y urbana

La zona urbana tiene grandes diferencias, respecto a la zona rural, la zona rural o el campo posee menos habitantes y más tranquilidad, huye a los ruidos en cambio la zona urbana hay más ruidos de vehículo, música. Nicaragua es el tercer país con mayor población urbana en Centroamérica, el 57.6% de los nicaragüenses radican en áreas urbanas y el 40.9% radican en áreas rural.

Es importante saber la procedencia de estas adolescentes para identificar de donde provienen más las embarazadas y cuál es la diferencia de una a la otra y nos interesa saber cuál de estas dos áreas es la más afectada tanto en los embarazos como en complicaciones.

Las personas que viven en las zonas rurales realizan actividades pecuarias y agrícolas tales como el cuidado de ganado, aves de corral, post-cosecha, recolección y selección de granos entre otras, los habitantes de estas zonas rurales trabajan en empleos a tiempo parciales o subcontratados a actividades que requieren poca capacitación y lo hacen sin recibir remuneración.

Situación laboral

Es aquella en la que la persona cumple un trabajo determinado, pero también hay otras en las que no tienen trabajo, por eso se dice situación laboral va de la mano con la falta de empleo. El termino desempleo alude a la falta de trabajo, un desempleado es aquel sujeto que forma p arte de la población activa (se encuentra en edad de trabajar) y que busca empleo sin conseguirlo. Esta situación se traduce la imposibilidad de trabajar pese a la voluntad de la persona

La investigación ha aportado importantes evidencias de la relación entre escolaridad y empleos bien remunerados. Según Téllez y Acevedo, para trabajar como operario en las empresas textiles de las zonas francas se requiere un nivel de escolaridad de entre 9 y 12 años. Una escolaridad de menos años conlleva aceptar empleos precarios, de muy baja remuneración, que contribuirán a mantenerse en condición de pobreza en la edad adulta.

La dificultad en la inserción laboral de los jóvenes ha sido una problemática persistente en América Latina y el Caribe. La tasa de desempleo juvenil es tres veces la de los adultos, la tasa de informalidad es 1,5 veces más alta, y la inactividad es elevada: 21% de los jóvenes no estudian ni trabajan. Las brechas de acceso al empleo entre jóvenes y adultos son comunes incluso en el mundo desarrollado. Sin embargo, este fenómeno es particularmente pronunciado en la región y se ha visto agravado por la crisis del COVID-19. (Gomez, 2021)

Estado civil

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se creen lazos jurídicamente reconocidos sin que sea pariente , constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto, Es una condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas. (española, 2019)

Consta de las siguientes modalidades solteras o casadas, casados, viudo o viuda, separado y divorciado o divorciada.

En particular se puede mencionar que de cada cien matrimonios celebrados entre 2004-2006, se efectuaron aproximadamente 19 divorcios, si bien es cierto este valor es bastante alto, lo más probable es que esté afectado por el nivel de importancia que tiene registrar

los divorcios y que no es el mismo con respecto a los matrimonios, los divorcios son más acentuados en los departamentos de Managua y Estelí con un valor superior al promedio nacional. (Tamez-Valdez, 2016)

IMC

Es normal aumentar gradualmente de peso durante el embarazo a medida que el bebé crece. Mientras que la mayoría de las mujeres ganan entre 11.5 kg y 16 kg, la cantidad de peso está influenciada por:

- ✓ El peso antes de quedar embarazada; si tiene bajo peso es posible que necesite ganar un poco más, y si tiene sobrepeso debe ganar un poco menos;
- ✓ Si está embarazada de gemelos;
- ✓ Si tienes náuseas matutinas.

Se recomienda aumentar la cantidad de peso correcta de la siguiente manera:

- ✓ Comiendo una dieta saludable y nutritiva que incluya frutas y verduras frescas, panes integrales y cereales, legumbres, carne magra, pescado y productos lácteos bajos en grasa;
- ✓ Realizando un poco de ejercicio moderado de forma regular;
- ✓ Evitando alimentos y bebidas grasas y azucaradas;
- ✓ Verificando qué alimentos son seguros para comer durante el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de obesidad en la embarazada se encuentra en un rango comprendido entre 1,8 y 25,3 %, dependiendo de las series.¹ La obesidad aumenta de forma considerable la morbimortalidad asociada al embarazo; no sólo por el exceso de peso presente al inicio de la gestación, sino también de la variación en él a medida que el embarazo progresa. Algunos de estos riesgos aumentan con el desarrollo de sobrepeso y varían de acuerdo a la severidad del rango, o debido a la progresión hacia los diferentes subtipos de obesidad (Sanchez, 2018)

Ganancia de peso recomendada durante el embarazo en función del IMC previo a la gestación

IMC pregestacional		Ganancia de peso recomendada (kg)
Bajo peso	< 18,5 kg/m ²	12,5-18
Normal	18,5 – 24,9 kg/m ²	11,5-16
Sobrepeso	25 – 29,9 kg/m ²	7-11,5
Obesidad tipo I	30 – 34,9 kg/m ²	7
Obesidad tipo II	35 – 39,9 kg/m ²	7
Obesidad tipo III	> 40 kg/m ²	7

Fuente: (Marina de la Plata Daza, 2018)

Se define el grupo de estudio según los criterios de la OMS y la SEGO para el control de la mujer embarazada.

Las personas con obesidad tienen una mayor probabilidad de sufrir estos problemas de salud:

- Glucosa (azúcar) alta en la sangre o diabetes.
- Presión arterial alta (hipertensión).
- Nivel alto de colesterol y triglicéridos en la sangre (dislipidemias o alto nivel de grasas en la sangre).
- Ataques cardíacos debido a enfermedad cardíaca coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Problemas óseos y articulares, el mayor peso ejerce presión sobre los huesos y articulaciones. Esto puede llevar a osteoartritis, una enfermedad que causa rigidez y dolor articular.
- Dejar de respirar durante el sueño (apnea del sueño). Esto puede causar fatiga o somnolencia diurna, poca atención y problemas en el trabajo.
- Cálculos biliares y problemas del hígado.
- Algunos tipos de cáncer.

Capítulo 2: Complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes en el tercer trimestre del embarazo

Complicaciones en la Adolescencia

Las complicaciones obstétricas en las adolescentes, es un problema de salud pública, ya que en Masaya las adolescentes embarazadas, son alrededor de más de un 30%, lo que representa una situación muy seria, ya que a esta temprana edad, son más frecuentes los trastornos hipertensivos, desgarros del canal del parto, distocias del trabajo de parto, aumento de la morbi- mortalidad materna y del recién nacido ya que en este se han observado enfermedades de la membrana, enfermedades congénitas, asfixia entre otras, a continuación se detallan las complicaciones más frecuentes en el tercer trimestre del embarazo.

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. Se describirán las complicaciones más frecuentes en el embarazo en adolescentes:

- ❖ **Amenaza de parto prematuro:** Antes de las 20 semanas de gestación hablamos de aborto y no de parto. La amenaza de parto prematuro es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28-37 semanas de embarazo con pocas modificaciones del cuello uterino. Los principales signos a tener en cuenta son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino, así como el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares. Cuando los signos anteriormente mencionados sobrepasan los patrones descritos para la amenaza se trata de un trabajo de parto prematuro en su etapa inicial el cual debe diferenciarse del trabajo de parto franco cuando la dilatación llega a los 4cm.
- ❖ **Distocias de la contractilidad uterina:**
 - **Hipodinamia:** Se debe a una hipofunción del útero, traducida por disminución de la intensidad y duración de las contracciones que se pueden manifestar desde el comienzo del trabajo de parto o posterior a un período de contracción normal; se describen algunas causas funcionales como temor y angustia y mecánicas por falta de formación de la bolsa de las aguas, falta de apoyo de la presentación, por procesos regresivos o degenerativos del miometrio o por sobre distensión uterina. La intensidad de la contracción está por debajo de los 20mmhg, la frecuencia

puede estar normal, o bien la intensidad es normal y está disminuida la frecuencia a menos de 2 contracciones en 10 minutos. La duración del parto es larga, a pesar de su progreso lento puede terminar espontáneamente. Si la bolsa de las aguas está integra el pronóstico es favorable y si la duración del parto es excesiva puede haber fatiga y ansiedad materna. Según (OPS, 2018).

- ❖ **Hiperdinamia:** Se caracteriza porque las contracciones están aumentadas en intensidad, frecuencia y tono, conllevando a un trabajo de parto que evoluciona con rapidez (parto precipitado, por lo general después de una a dos horas de trabajo, sin dar tiempo a los tejidos del canal genital para la dilatación progresiva por la presentación lo que puede provocar desgarros del cuello, vagina y periné.
- ❖ **Infecciones urinarias:** son comunes durante el embarazo, aparentemente debido a la estasis urinaria que resulta de la dilatación uretral hormonal, la hipoperistalsis ureteral hormonal y la compresión del útero en crecimiento contra los uréteres. Hay una bacteriuria asintomática en alrededor del 15% de los embarazos que a veces progresa a una cistitis sintomática o una pielonefritis. La infección urinaria franca no siempre es precedida por una bacteriuria asintomática. Según (Mena, 2018)

La bacteriuria asintomática, la infección urinaria y la pielonefritis aumentan el riesgo de

- Trabajo de parto pretérmino
 - Rotura prematura de membranas
- ❖ **Infecciones urinarias asintomáticas:** como su nombre lo dice, la infección urinaria está presente, pero no hay síntomas.
 - ❖ **Infecciones urinarias sintomáticas:** Con sintomatología leve: Una de las dos definiciones de IU asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o supra púbico.

Con sintomatología severa: Una de las dos definiciones de IU asintomática, sintomatología leve y uno o más de los siguientes: Presencia de fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, disuria, frecuencia, urgencia, náusea, vómitos. La frecuencia reportada de infección de vías urinarias en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 29%.

Diversos factores fisiológicos maternos predisponen a la infección ascendente:

- Las propiedades de relajación del músculo liso por la progesterona y la obstrucción mecánica por agrandamiento del útero causan la dilatación de los cálices renales, la pelvis renal y los uréteres, que conducen a la estasis urinaria potenciando el desarrollo de infección. La dilatación calicial y ureteral es más común en el lado derecho (en el 86% de los casos). El grado de dilatación calicial es más pronunciada a la derecha que a la izquierda (15 mm vs. 5 mm). Esta dilatación parece comenzar alrededor de las 10 semanas de gestación y aumenta durante el embarazo. Esto es importante por el porcentaje de casos de pielonefritis durante el embarazo (2% durante el primer trimestre, un 52% durante el segundo trimestre, y 46% en el tercer trimestre).
- La glucosuria y un aumento en los niveles de aminoácidos de la orina durante el embarazo son factores adicionales que conducen a infección urinaria. La excreción de glucosa aumenta en el embarazo hasta 100 veces más que los valores de las no embarazadas.-
- El mecanismo de aminoaciduria selectiva es desconocida, aunque se ha postulado que su presencia afecta la adhesión de E. coli en el urotelio.

Enfermedad febril durante el embarazo: el síndrome febril es el aumento de la temperatura corporal (37°C) la literatura menciona que se debe al incremento de sustancias de agentes infecciosos al torrente sanguíneo de bacterias y virus considerando se presenta en el embarazo no solo afectando a la madre sino también al feto. Las causas del síndrome febril, como proceso frecuente en una embarazada se dan de causas principales las infecciones urinarias una de las infecciones más importante que puede ocasionar fiebre en el embarazo es la corioamnionitis que viene hacer la presencia de bacterias en el líquido amniótico cuando tiene --como diagnostico ruptura prematura de membrana.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es la diabetes que se diagnostica por primera vez durante el embarazo (gestación). Al igual que con otros tipos de diabetes, la diabetes gestacional afecta la forma en que las células utilizan el azúcar (glucosa). La diabetes gestacional causa un alto nivel de glucosa sanguínea que puede afectar tu embarazo y la salud del bebé.

Normalmente, diversas hormonas trabajan para mantener los niveles de glucosa sanguínea bajo control. Sin embargo, durante el embarazo, los niveles hormonales

cambian, lo que dificulta que el cuerpo procese la glucosa sanguínea de manera eficiente. Esto hace que aumente tu nivel de glucosa sanguínea.

Factores de riesgo:

Algunas mujeres tienen un mayor riesgo de diabetes gestacional. Los factores de riesgo de la diabetes gestacional incluyen los siguientes:

- Sobrepeso y obesidad.
- Falta de actividad física.
- Diabetes gestacional previa o prediabetes.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Diabetes en un familiar inmediato.
- Parto previo de un bebé con un peso de más de 9 libras (4,1 kilos).

La diabetes gestacional que no se controla cuidadosamente puede llevar a altos niveles de glucosa sanguínea. El alto nivel de glucosa sanguínea puede causar problemas para ti y tu bebé, incluida una mayor probabilidad de necesitar una cesárea para el parto.

❖ **La obesidad y la diabetes tipo 2 más tarde en la vida.** Los bebés de madres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de padecer obesidad y diabetes tipo 2 en el futuro.

❖ **Placenta previa**

Placenta previa es aquella que por su inserción ocupa el segmento uterino inferior; tiene el inconveniente de que con la formación del segmento uterino inferior o con las contracciones uterinas se crea una zona de separación, produciendo un sangrado genital. (Cortez, 2015) Durante el embarazo, al distenderse el músculo uterino y encontrarse la placenta anómalamente ubicada en el segmento inferior, ésta no puede acompañar esa elongación por tener distinta distensibilidad, en consecuencia se produce una rotura vascular intraútero placentario

Clasificación:

Se ha reconocido 4 tipos de anormalidades

Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad.

Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta.

- ❖ **Ruptura prematura de membranas:** A la ruptura de membrana se le denomina prematura cuando ocurre antes del comienzo del trabajo del parto (por lo menos una hora antes). Se presenta en alrededor del 10% de los casos aumentando la morbo-mortalidad materna a expensas de la infección y también elevando la morbi-mortalidad perinatal ya que el feto es inmaduro y conlleva más riesgo de Enfermedad de Membrana Hialina. El riesgo de infección aumenta proporcionalmente y el riesgo del prolapso del cordón y/o partes fetales es mayor. La etiología es poco conocida con excepción de los traumatismos, mencionándose la infección local, la incompetencia istmo cervical y el déficit de vitamina C y de cobre. Según (OMS, 2017)

Se define como la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares. Se considera periodo de latencia el tiempo transcurrido entre el momento en que se realiza la rotura y el nacimiento. Cuando este supera las 24 horas se considera prolongada.

Clasificación:

1. Rotura prematura: es la que se ocurre antes del comienzo del parto.
2. Rotura precoz: es la que acontece durante el periodo de dilatación, antes que este se haya completado.
3. Rotura tempestiva u oportuna: Es la que acontece cuando el cérvix está totalmente dilatado.
4. Rotura alta: cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.

5. Rotura falsa o doble saco ocular: consiste en la rotura del corion con la integridad del Amnios, el derrame de líquido es escaso.
6. Rotura espontánea: es la que se produce después del inicio de trabajo de parto.
7. Rotura prolongada de membranas: cuando el periodo de latencia es mayor de 24 horas.
8. Rotura artificial: cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

Síndrome Hipertensivo gestacional

Es el aumento de la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión y coma.

Además, la hipertensión gestacional a pesar de ser una entidad transitoria, puede ser signo de hipertensión arterial crónica futura. Si la presión arterial no se normaliza 12 semanas después del parto, se requiere cambiar el diagnóstico a hipertensión crónica. El uso de antihipertensivo en este grupo debe individualizarse de acuerdo a condiciones clínicas.

Hipertensión crónica: Elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada. En el caso de la hipertensión arterial crónica se obtiene la presión arterial diastólica de 90 mm/hg o más en dos lecturas consecutivas tomadas en un intervalo de 4 o más horas de separación desde antes de estar embarazada o se diagnostica antes de cumplir las 20 semanas de gestación.

Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada: Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico, durante el embarazo y que desaparece después del parto. Estos cambios coexisten con una modificación en Complicaciones Obstétricas en Adolescentes, la severidad de la hipertensión y pueden acompañarse de alteraciones del fondo de ojo, como exudados, edema y hemorragia retiniana.

Hipertensión inducida por el embarazo: La hipertensión se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto o en las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mmhg (presión arterial diastólica de 90 mmhg). No hay proteinuria. La hipertensión crónica, la hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada y la hipertensión inducida por el embarazo pueden

evolucionar a una afección más grave: Preeclampsia moderada, Preeclampsia grave, eclampsia.

Preeclampsia: Hipertensión arterial (signo cardinal): se considera hipertensa a toda embarazada con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmhg en posición sentada, luego de reposo por 10 minutos en 2 oportunidades con intervalos de 4 horas.

La presión diastólica por si solo es un indicador exacto de hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria definen Preeclampsia. El edema de los pies y de las extremidades inferiores no se considera un signo confiable de Preeclampsia porque puede ocurrir en muchas mujeres con embarazo normal. (QUEVEDO, 2818)

Principales Factores de Riesgo para desarrollo de Preeclampsia

Factor de Riesgo	Riesgo Relativo (RR) *
Síndrome antifosfolípido	9.72
Ancedente personal de pre eclampsia	7.19
Diabetes pre-gestacional	3.56
Embarazo múltiple	2.93
Nuliparidad	2.91
Ancedente familiar de pre eclampsia	2.90
Índice de masa corporal > 30	2.47

Fuente: (Materno-Infanti, 2019)

La eclampsia: es la forma más grave de toxemia en el embarazo, y se caracteriza por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general.

La eclampsia es un padecimiento ocasionado por el embarazo y se encuentra entre las causas principales de muerte materna y contribuye de manera importante a la mortalidad perinatal.

Hipertensión arterial crónica	PAS \geq 140 mm Hg ó PAD \geq 90 mm Hg previo a la concepción Identificada antes de las 20 semanas de Gestación Persiste elevada después de las 12 semanas postparto Uso de antihipertensivos antes del embarazo
Pre eclampsia agregada	Hipertensión arterial crónica con desarrollo de uno de los siguientes criterios clínicos después de las 20 semanas de gestación: Hipertensión resistente (uso de tres o mas antihipertensivos y/o no alcanzar metas de control de presión arterial después de 24 horas de MANEJO ACTIVO, ó Proteinuria nueva o que empeora en 24 horas (cuantificación en 24 horas), ó Uno o más datos de severidad
Hipertensión gestacional	PAS \geq 140 mm Hg ó PAD \geq 90 mm Hg que aparece por primera vez después de la semana 20 de gestación Normalización de la presión arterial después de las 12 semanas postparto Puede representar una fase pre-proteinuria de preeclampsia. Puede desarrollar a pre eclampsia
Preeclampsia	Aparece después de la semana 20 de gestación PAS \geq 140 mm Hg ó PAD \geq 90 mm Hg Proteinuria de 300 mg o más en 24 horas ó \geq 1 cruz (+) en cinta reactiva ó Relación proteínas/creatinina en orina $>$ 0.3 mg/dl
Preeclampsia grave	PAS \geq 160 mm Hg ó PAD \geq 110 mm Hg Y/O PRESENCIA de uno o más datos de gravedad: Oliguria o menos de 500 cc en 24 horas, creatinina sérica $>$ de 1.1 mg/dl o incremento al doble de la basal Alteraciones visuales o manifestaciones cerebrales: Edema agudo de pulmón o cianosis Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho Alteraciones hepáticas (elevación de transaminasas al doble de lo normal ó de 70 U/lt) Trombocitopenia
Eclampsia	Presencia de convulsión generalizada en una mujer con pre eclampsia Presencia de convulsión antes, durante el parto o en los primeros 7 días postparto (después del 7mo día postparto es poco probable que la causa de la convulsión sea eclampsia)

Fuente: (Materno-Infanti, 2019)

(Normativa “109” segunda edición Protocolo Para la Atención de Complicaciones Obstétricas, páginas 150-151)

Sepsis materna

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta incontrolable del huésped a la infección. Cuando ocurre durante el embarazo, durante o

después del parto, se llama sepsis materna. Aunque es relativamente raro, sigue siendo una de las principales causas de muerte de mujeres embarazadas, tanto en países de bajos ingresos como en países de altos ingresos. (Materna, 2018)

Cuál es la fisiopatología de la sepsis

La sepsis materna es relativamente común. Es más frecuente en los países en desarrollo en los que hay mayores tasas de VIH, malaria y menos acceso a la atención prenatal. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, la sepsis materna es generalmente el resultado de sepsis puerperal e infecciones del tracto urinario (Rodríguez-Chávez, 2016). La sepsis resulta de una respuesta del huésped desregulada a la infección que resulta en daño a los órganos, y virtualmente cualquier sistema de órganos puede ser afectado. La respuesta inflamatoria excesiva que se produce con la sepsis incluye extravasación de albúmina y líquido, con la resultante hipovolemia intravascular.

Enfermedad tromboembólica venosa

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es un proceso patológico que incluye trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar (TEP).

La trombosis venosa profunda (TVP) se define como la formación de un coágulo sanguíneo (trombo) en una o más venas que se forma en el interior de las cámaras cardíacas o de los vasos. Su ubicación puede ser proximal: iliaca común, iliaca externa, femoral profunda y poplítea o distal: venas soleo gemelares, tronco tibio peroneos tibiales anteriores, posteriores y perineales; también se pueden clasificar en superficial y profunda.

La Tromboembolia pulmonar (EP) consiste en el enclavamiento en las arterias pulmonares de un trombo desprendido (émbolo) desde alguna parte del territorio venoso.

Infección en las vías respiratorias

Una infección respiratoria aguda (IRA) es una enfermedad en las vías respiratorias que evoluciona en un periodo inferior a 15 días y que muchas veces se convierte en neumonía.

El tratamiento para una URA depende de si el médico sospecha que la infección es causada por una bacteria o por un virus. (Thompson, 2021) Afirma que si la “Si la causa es una infección bacteriana, se utilizan antibióticos”). Si la causa es una infección viral,

se utiliza el tratamiento en el hogar, como descansar más y beber una cantidad abundante de líquidos.

Los síntomas dependen del tipo de infección:

- IRA sin neumonía: líquido abundante en la nariz, tos, fiebre, otorrea, dolor de garganta, disfonía, exudado purulento en la faringe.
- IRA con neumonía leve: síntomas anteriores con taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales).
- IRA con neumonía grave: síntomas anteriores con cianosis (coloración azul de la piel), aumento de la dificultad respiratoria.

Existen varios factores que pueden causar una infección respiratoria:

- Ambientales: contaminación, falta de ventilación en la vivienda, tabaquismo pasivo, lugares con alta concentración de gente, cambios bruscos de temperatura, contagio.

Sangrado tras vaginal

Tipo de sangrado

- **Sangrado grave** significa que empapa las toallas sanitarias o tampones que suele usar cada hora, durante 2 horas o más. Para la mayoría de las mujeres, empapar sus toallas sanitarias o tampones habituales cada hora durante 2 horas o más no es normal y se considera grave. **Si usted está embarazada:** Es posible que expulse un chorro de sangre o un coágulo, pero si el sangrado se detiene, no se considera grave.
- **Sangrado moderado** significa que está empapando más de 1 toalla sanitaria o tampón en 3 horas.
- **Sangrado leve** significa que está empapando menos de 1 toalla sanitaria o tampón en más de 3 horas.
- **Sangrado mínimo** significa "manchar" o perder algunas gotas de sangre.

Causa del sangrado

- Desprendimiento prematuro de placenta

- Placenta previa
- Vasa previa
- Desprendimiento del útero

Cardiopatía

Las mujeres embarazadas con alguna enfermedad cardíaca pueden sentirse inusualmente cansadas y necesitar reducir sus actividades diarias. Así, en raras ocasiones, a mujeres con cardiopatías graves se les aconseja abortar al comienzo del embarazo. El riesgo también aumenta durante las contracciones y durante el nacimiento (Friel, 2021). A las mujeres con determinados tipos de enfermedad cardíaca se les desaconseja el embarazo, puesto que este aumenta el riesgo de muerte.

Estos trastornos incluyen

- Hipertensión pulmonar (presión arterial elevada en las arterias de los pulmones) grave
- Ciertos defectos cardíacos congénitos, incluyendo algunos casos de coartación de la aorta
- Síndrome de Marfan (un trastorno hereditario del tejido conjuntivo), en algunas ocasiones
- Estenosis aórtica grave (estrechamiento de la apertura de la válvula aórtica del corazón)
- Estenosis mitral grave (estrechamiento de la apertura de la válvula mitral del corazón)
- Una válvula aórtica con dos aletas, en lugar de las tres normales, y una aorta agrandada
- Lesión cardíaca (miocardiopatía) producida en un embarazo anterior
- Insuficiencia cardíaca moderada o grave

El embarazo requiere un mayor trabajo por parte del corazón; por lo tanto, el embarazo puede empeorar una enfermedad cardíaca o hacer que se presenten sus primeros síntomas. Por lo general, el riesgo de muerte de la mujer o del feto aumenta cuando la mujer ya sufre una afección cardíaca importante antes de quedarse embarazada.

Clasificación

Basado en este criterio se divide en dos tipos (capacidad funcional y capacidad objetiva) cada una con cuatro clases según la NYHA

CLASE I.	Pacientes con cardiopatía, pero sin limitaciones en la actividad física. La actividad física habitual no es causal de fatiga, palpitaciones, disnea o precordialgia	No hay evidencia de enfermedad cardiovascular	A
CLASE II	Pacientes con cardiopatía con limitación leve en la actividad física. Están confortables al reposo. La actividad física habitual es causal de fatiga, palpitaciones, disnea o precordialgia	Evidencia objetiva de enfermedad cardiovascular mínima	B
CLASE III	Pacientes con cardiopatía con limitación marcada en la actividad física. Están confortables al reposo. La actividad física menor de la habitual es causal de fatiga, palpitaciones, disnea o precordialgia.	Evidencia objetiva de enfermedad cardiovascular de moderada intensidad	C
CLASE IV	Pacientes con cardiopatía que son incapaces de llevar a cabo cualquier actividad física sin molestias. Síntomas de falla cardíaca o precordialgia se pueden dar inclusive en reposo. Si se realiza alguna actividad física, la sintomatología aumenta.	Evidencia objetiva de enfermedad cardiovascular severa	D

Fuente: (Mojica, 2015)

Capítulo 3: Complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes durante la atención del parto

El parto como proceso natural consta de 3 etapas: borramiento y dilatación del cuello uterino, descenso y salida del bebe y finalmente la salida del bebe y finalmente la expulsión de la placenta. El trabajo de parto generalmente comienza dentro de las 24 hora posteriores a la ruptura de la placenta; de lo contrario si está a término o cercano a la fecha es probable que el medico induzca el parto y si la rupturas sucede ante de las 34 semana del embarazo la mujer será monitoreada en el hospital pues existe el riesgo de infección (Ishikawa, 2019)

❖ **Parto prematuro:** Se define como el parto que se produce entre las 28 y 36 semanas de embarazo. Parto inmaduro es aquel que ocurre entre las 20-28 semanas de

embarazo. Su frecuencia oscila entre el 2- 12% de los nacimientos, en general no existe una causa, sino que existen factores (ambientales, socioeconómico y educacionales). Un parto prematuro es el que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto estimada. En otras palabras, un parto prematuro es el que ocurre antes de la semana 37 de embarazo.

Los bebés prematuros, en especial, los que nacieron con mucha anterioridad, suelen tener problemas médicos complicados. Por lo general, las complicaciones por el nacimiento prematuro varían. Sin embargo, cuanto más temprano nazca un bebé, el riesgo de tener complicaciones será más alto.

Según qué tan temprano nazca un bebé, puede ser:

- **Prematuro tardío**, si nació entre la semana 34 y la semana 36 completas de embarazo
 - **Prematuro moderado**, si nació entre la semana 32 y la semana 34 de embarazo
 - **Muy prematuro**, si nació antes de las 32 semanas de embarazo
 - **Prematuro extremo**, si nació antes de las 25 semanas de embarazo
- ❖ **Desprendimiento placentario** Se da por retención del tejido placentario o a una atonía uterina, esta última es común en aquellas mujeres que presentaron un trabajo de parto muy rápido o prolongado, en varios estudios se ha encontrado que estos procesos son frecuentes en menores de edad.

Clasificación

Existe eventos clínicos que diferencian entre desprendimiento agudo y crónico de placenta:

Desprendimiento agudo de placenta:

- Sangrado vaginal brusco: presentación más frecuente, 78% de los casos
- Dolor abdominal leve-moderado y/o dolor lumbar
- Contracciones uterinas hipertónicas.

- Patrón anormal de la frecuencia cardíaca fetal: Taquicardia, desaceleraciones y patrón ominoso. Se debe destacar que el cuadro clínico completo sólo se produce en un número reducido de casos.

Desprendimiento crónico de placenta:

- Sangrado vaginal: leve, poca cantidad y de forma crónica
- Con el tiempo conducen a presencia de manifestaciones clínicas relacionadas con enfermedad placentaria isquémica: Oligohidramnios, RCIU y Pre eclampsia, en estos casos los estudios de coagulación son normales.

❖ **Perdida del bienestar fetal (anoxia fetal Intraparto; asfixia fetal Intraparto):** Es una perturbación metabólica compleja debida a disminución de los intercambios fetomaternos, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones irreparables o la muerte del feto. El sufrimiento fetal se puede presentar de forma aguda y crónica; la forma crónica se puede deber a un retardo del crecimiento intrauterino entre otras causas; la forma aguda se presenta más frecuentemente en el trabajo de parto de forma rápida debido a una disminución del aporte de oxígeno al feto, con retención de anhídrido carbónico. En el sufrimiento fetal se encuentran modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal caracterizado, por bradicardia, taquicardia e irregularidad de los latidos fetales; la pérdida de meconio es de gran importancia ya que se relaciona con la depresión del recién nacido y con alteraciones de la sangre fetal características de la acidosis.

Cuando se habla de deficiencia de oxígeno en el feto se debe distinguir entre tres términos:

- Hipoxemia o disminución del contenido de oxígeno que afecta a la sangre arterial solamente.
 - Hipoxia o disminución del contenido de oxígeno que afecta a los tejidos periféricos.
 - Asfixia o deficiencia general de oxígeno que también afecta a los órganos centrales de alta prioridad.
- ❖ **Desgarro perineal:** Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, Manifestándose en una estrechez de canal blanco y se clasifica como:

Primer Grado: afecta la horquilla bulbar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la Fascia y el músculo adyacente.

Segundo Grado: afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el Esfínter anal.

Tercer Grado: piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.

Cuarto Grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en Relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos Condicionantes a saber cómo tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo.

- ❖ **Distocias del canal pelvi genital:** Son aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo del parto se debe a modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea; también pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal; la relación pélvico-fetal discordante o desproporción pélvico-cefálico causadas por una actitud viciosa del feto o su tamaño inadecuado puede convertir una pelvis normal en una de estrechez relativa con respecto a un feto voluminoso.

- ❖ **Prolapso de cordón umbilical:** El cordón umbilical es una estructura en forma de tubo, flexible, que durante el embarazo conecta al feto con la madre. El cordón umbilical es la línea de vida del bebé con la madre. Este transporta nutrientes al bebé y además retira los productos de desecho del bebé. Está compuesto de tres vasos sanguíneos – dos arterias y una vena.

El prolapso del cordón umbilical es una complicación que ocurre antes o durante el parto del bebé. En un prolapso, el cordón umbilical cae (se prolapso) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé. El cordón puede luego quedar atrapado contra el cuerpo del bebé durante el parto. El prolapso del cordón umbilical ocurre en aproximadamente uno de cada 300 nacimientos. (Moldenhauer, Prolapso del Cordón Umbilical, 2020)

El prolapso del cordón umbilical puede ser útero

- Manifiesto: que sobresale por la vagina

Prolapso oculto

En los prolapsos ocultos, el cordón a menudo es comprimido por el hombro o la cabeza del feto. La única pista puede ser un patrón de frecuencia cardíaca fetal (detectado durante la monitorización fetal) que sugiera una compresión del cordón y la progresión hacia la hipoxemia

Prolapso evidente

Los prolapsos evidentes ocurren en la rotura de membranas y es más común con las presentaciones podálicas (pelvianas) o transversas. El prolapso evidente también puede producirse en la presentación de vértice, en especial si se produce una rotura de membranas.

❖ Hemorragias del alumbramiento

Es la pérdida sanguínea mayor de 500ml en las primeras 24 horas después del parto que se presenta entre el 5-10% de los partos. Se puede deber a lesiones de partes blandas, retención de restos placentarios, a inercia o atonía uterina o una disminución de fibrinógeno circulante.

❖ Shock hemorrágico

Si el parto causa un desgarro en el útero o si en el útero no se contrae para liberar la placenta se puede producir un sangrado abundante; después del nacimiento del bebé por lo general la mujer pierde alrededor de medio litro de sangre durante y después del parto vaginal se pierde sangre porque algunos vasos sanguíneos se desgarran cuando la placenta se desprende del útero las contracciones del útero ayudan a cerrar estos vasos de lo contrario de una cesárea se pierde casi el doble de sangre que en un parto vaginal, en parte porque es necesario realizar una incisión en el útero y durante el embarazo se bombea una gran cantidad de sangre hacia el útero.

Se considera que la pérdida de sangre excesiva se da algunas de las características siguientes durante las primeras 24 horas después del parto. La mujer presenta síntomas de pérdida significativa de sangre como:

- Presión arterial baja
- Ritmo cardíaco rápido

- Cinetosis
- Fatiga

❖ **Complicaciones de la ruptura prematura de membranas Fetales.**

- ✓ Prematurez.
- ✓ Síndrome de dificultad respiratoria.
- ✓ Infección neonatal: neumonía, bronconeumonía, meningitis y sepsis.
- ✓ Asfixia perinatal.
- ✓ Hipoplasia pulmonar.
- ✓ Deformaciones fetales.
- ✓ Muerte neonatal.
- ✓ Maternas

❖ **Muerte fetal intraútero.** La diabetes gestacional sin tratar puede provocar la muerte del bebé antes o poco después del nacimiento.

❖ **Parto prolongado**

El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción feto pelviana (el feto no puede pasar por la pelvis materna), que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado (distocia fetal). Otra de las causas del trabajo de parto prolongado son las contracciones uterinas demasiado débiles o infrecuentes (disfunción uterina hipotónica) o, a veces, demasiado potentes o demasiado frecuentes (disfunción uterina hipertónica).

- Evaluación de las dimensiones pelvianas, la posición y el tamaño del feto, y las contracciones uterinas
- A menudo respuesta al tratamiento

El diagnóstico del trabajo de parto prolongado es clínico.

La causa debe identificarse porque determina el tratamiento.

La evaluación de las dimensiones fetales y pelvianas (parte de una exploración obstétrica completa) permite a veces determinar si la causa es una desproporción feto

pelviana. Por ejemplo, un peso fetal > 5.000 g (> 4.500 g en una mujer diabética) sugiere una desproporción feto pelviana.

La disfunción uterina se diagnostica evaluando la fuerza y la frecuencia de las contracciones mediante la palpación del útero o con el uso de un catéter de presión intrauterina.

❖ **Embolismo de líquido amniótico**

La embolia de líquido amniótico ocurre cuando parte del líquido amniótico (el líquido que rodea al feto en el útero), que contiene células o tejido del feto, penetra en el torrente sanguíneo de la madre y provoca en esta una grave reacción (Moldenhauer, Embolia de líquido amniótico, 2020). Esta reacción puede dañar los pulmones y el corazón y causar un sangrado excesivo.

Signos y síntomas

La embolia de líquido amniótico se manifiesta generalmente durante y poco después del parto. El primer signo puede ser un paro cardíaco repentino. Otros pacientes desarrollan en forma súbita disnea y presentan taquicardia, taquipnea e hipotensión. A menudo se produce con rapidez insuficiencia respiratoria, con cianosis significativa, hipoxia y estertores pulmonares.

❖ **Trabajo de parto expulsivo prolongado**

El expulsivo es la segunda fase del parto, en la que se tiene que empujar para conseguir que el bebé salga del canal del parto. Esta fase debe durar 4 horas en nulíparas y 3 en multíparas; si se alarga mucho más, puede dar lugar a complicaciones.

Etiología

El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción fetopelviana (el feto no puede pasar por la pelvis materna), que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado

❖ **Duración normal del expulsivo**

La segunda fase del parto, la del expulsivo, va desde que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros) hasta que el bebé nace. Durante esta fase la madre tendrá

que empujar con cada contracción para conseguir que el bebé descienda del todo y salga del canal de parto.

La duración de un parto es muy variable de una mujer a otra, pero los ginecólogos y matronas juegan con una serie de tiempos para controlar si podría aparecer algún problema o no. Así, la media de duración del expulsivo de una mujer que nunca ha dado a luz suele estar en unos 60 minutos, aunque puede alargarse hasta las 4 horas si le han puesto la anestesia epidural sin que se considere peligroso. Mientras que en una mujer múltipara (que ya ha tenido hijos vía vaginal), la media son 30 minutos, aunque puede tardar hasta 3 horas si se ha puesto la epidural.

Estos tiempos pueden alargarse incluso un poco más si la mujer ha estado en todo momento monitorizada, no hay signos de sufrimiento fetal y se observa que el parto va avanzando debidamente. Si los médicos consideran que el expulsivo se está prolongando en exceso y el feto o la mamá pueden sufrir, recurrirán a ayuda externa para intentar sacar al bebé más rápido. Esto puede ser practicar una episiotomía, el uso de fórceps o ventosas o, si nada funciona, recurrir a una cesárea.

LUI de cielo abierto (Legrado uterino)

Es de los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan en obstetricia. Se conoce además con el nombre de dilatación y curetaje. El LUI es un método quirúrgico de evacuación uterina. En el tratamiento de las complicaciones del aborto el LUI se utiliza tanto en el primer trimestre como en el segundo trimestre. La OMS recomienda que deba utilizarse únicamente en casos en que no se disponga de AMEU (Aspiración Manual Endouterina) por las posibles complicaciones. Debe ser realizado solamente por personal capacitado, de preferencia médico.

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada.

Indicaciones

- ✓ Aborto incompleto.
- ✓ Aborto diferido o fallido.
- ✓ Retención de restos placentarios.

- ✓ Enfermedad gestacional del trofoblasto. (Segundo y tercer legrado)

Complicaciones

Inmediatas

- ❖ Perforación uterina
- ❖ Hemorragia por atonía
- ❖ Lesión cervical

Mediatas

- ❖ Infección por retención de restos

Tardías

- ❖ Sinequias

Escoliosis

En la mayoría de las ocasiones, la escoliosis no tiende a afectar en absoluto al desarrollo normal del embarazo. Es decir, no tiene un impacto adverso en la gestación. Sin embargo, cuando existe escoliosis grave sus síntomas sí pueden volverse más dolorosos durante el embarazo. Por ejemplo, el dolor podría aumentar a medida que el centro de gravedad se desplaza con el vientre en crecimiento, y la futura mamá se inclina hacia atrás naturalmente para poder soportar el aumento de peso. El dolor de espalda puede aumentar ligeramente. Y también es posible sufrir dolor de espalda de intensidad moderada a severa.

Restricción del crecimiento intrauterino

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es una patología de causas multifactoriales y manejo complejo para el obstetra. Para un feto el no alcanzar su potencial de crecimiento representa un aumento significativo del riesgo de morbimortalidad perinatal.

Clasificación de la restricción del crecimiento intrauterino

RCIU severo: Fetos que se encuentran con peso ultrasonográfico estimado por debajo del percentil 3 para la edad gestacional. Esta clasificación tiene peor pronóstico y aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal.

- RCIU temprano: De aparición antes de la semana 32 de gestación, se ha encontrado relación estrecha con la prematuridad, preeclampsia y alteraciones a nivel placentario.

- RCIU tardío: Es la forma más frecuente, aparece después de la semana 32, se encuentra también asociado a enfermedad placentaria, pero en menor grado que el grupo de RCIU temprano

Parto obstruido

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como trabajo de parto en que la parte de presentación del feto no puede progresar en el canal del parto, a pesar de contracciones uterinas adecuadas.

Implica que existe un obstáculo para el nacimiento por vía vaginal. Puesto que los dos componentes mecánicos de este proceso, a saber, la cabeza fetal y la pelvis de la madre, son en cierta medida maleables, se puede resolver el parto obstruido de varias maneras

RH negativo

(Rh) es una proteína heredada que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos. Si tu sangre contiene esta proteína, eres Rh positivo. Si tu sangre carece de esta proteína, eres Rh negativo.

Tener un grupo sanguíneo Rh negativo no es una enfermedad y, generalmente, no afecta la salud. Sin embargo, puede afectar el embarazo. El embarazo necesita un cuidado especial si eres Rh negativo y tu bebé es Rh positivo (incompatibilidad Rh). Un bebé puede heredar el factor Rh de cualquiera de los padres.

Si una mujer embarazada posee el Rh negativo, y su feto es Rh positivo, entonces su cuerpo podrá desarrollar en el curso de la gestación anticuerpos contra las células sanguíneas de su bebé. Este escenario se conoce como isoimmunización.

La incompatibilidad Rh se presenta solo cuando la madre es Rh negativo y el bebé es Rh positivo. Este problema se ha vuelto menos común en los lugares que brindan acceso

a buenos cuidados prenatales. Esto se debe a que se usan habitualmente inmunoglobulinas especiales llamadas RhoGAM.

Corioamnionitis

Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

La corioamnionitis es como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico.

La causa más frecuente de la corioamnionitis son bacterias que se encuentran comúnmente en la vagina. Se presenta con más frecuencia cuando el saco amniótico ha estado roto por mucho tiempo antes del nacimiento.

Atonía uterina

La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato.

Causas de la atonía uterina

Además de la falta de oxitocina, la atonía uterina o falta de tono del útero en el parto se debe a las siguientes circunstancias:

- ✓ Embarazos múltiples.
- ✓ Bebés muy grandes.
- ✓ Acretismo placentario, que es la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina.
- ✓ Antecedentes de atonía uterina.
- ✓ Alumbramiento de placenta tardío.

Síntomas de la atonía uterina

La atonía uterina se manifiesta por una hemorragia de importancia variable, que puede ser intensa y de aparición brusca. Además de la hemorragia externa que sale por la vagina y los genitales, hay retención de grandes coágulos de sangre dentro del útero

Normativa 109 protocolo para la atención de complicaciones obstétricas.

En Nicaragua se cuenta con una serie de normativa estandarizada sobre las complicaciones obstétricas en la nueva actualización se incluyeron nuevos tópicos relacionados con vigilancia Near Miss, la incorporación del código rojo y protocolo de transfusión masiva en el abordaje de la hemorragia postparto, la nueva clasificación de síndrome hipertensivo gestacional, con vigilancia activa de los eventos hipertensivos.

Así mismo se incorporan 7 secciones especiales al final del documento donde se abordan los lineamientos para la aplicación clínica de la medición de longitud cervical, maduración pulmonar, neuro protección fetal con sulfato de magnesio, recomendaciones para la inductor conducción del trabajo de parto, detección oportuna de pérdida del bienestar fetal, implicaciones anestésicas en obstetricia y el abordaje inicial de las complicaciones neonatales ya que las muertes maternas y las complicaciones obstétricas muchas veces se asocian también a eventos adversos neonatales y muertes perinatales.

Se establece también en el presente protocolo, que las diversas herramientas de tecnología en medicina perinatal, sean estas farmacológicas, quirúrgicas o con finalidad diagnósticas o de seguimiento, estarán disponibles en las unidades de salud, en dependencia de su nivel de resolución, el cual a su vez está determinado por la presencia o no de recursos calificados en atención obstétrica, y perinatal, así como de consumos necesarios para brindarla.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud basándose en la última evidencia científica disponible y el uso de intervenciones eficaces que reducen la morbi-mortalidad materna y perinatal, realiza la actualización de esta Normativa 109 “Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas”, denominada “Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas”. Se pone por tanto esta normativa a disposición de todos los establecimientos de salud públicos y privados que brinden atención materna-infantil, siendo de obligatorio cumplimiento, con el propósito de estandarizar, mejorar y garantizar la calidad en salud de la población nicaragüense.

VIII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio según su enfoque

Según (Roberto Sampieri, Carlos Fernandez, & Pilar Baptista, 2010) este enfoque se caracteriza por un estudio cuantitativo, porque se utilizará la recolección y el análisis de datos numéricos a través de Microsoft Excel. Con el tema de complicaciones obstétricas que presentan durante el tercer trimestre del embarazo las adolescente para contestar las preguntas de investigación utilizándose la recolección de datos para probar hipótesis con bases en la medición numérica y análisis estadísticos.

Según la secuencia temporal del estudio

Según (Calero, 2020) En el estudio retrospectivo, se utilizan datos en momentos y tiempo ya transcurrido, este estudio se realizara de enero a septiembre del 2021.

De acuerdo a la secuencia temporal

Según (Roberto Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista , 2010) Este estudio es de corte transversal, porque se estudiaron las variables y se abordó el fenómeno en un periodo de tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo, enero a septiembre del 2021.

Área de estudio

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecoobstetricia alto riesgo obstétrico (ARO) y labor del Hospital Humberto Alvarado Vásquez. El cual se encuentra en el municipio de Masaya, a 45 km de la ciudad de Managua.

Limita

Al norte: Centro CIPO

Al sur: Tanques de Mebasa,

Al este: Pali las Flores

Al oeste: Mercado Municipal.

El Hospital Humberto Alvarado Vásquez cuenta con un total de 217 camas y atiende aproximadamente a 320,000 habitantes.

Macro localización

Sala de ARO: consta de 2 cuartos y 10 camas en cada cuarto

Universo

En nuestro estudio el universo estará constituido por 500 madres adolescentes en el tercer trimestre del embarazo que fueron ingresadas al servicio de Ginecoobstetricia (ARO), del Hospital Humberto Alvarado Vásquez Masaya II semestre 2021

Muestra

La muestra fue tomada de una población de 500 madre dolecentes en el tercer trimestre del embarazo que fueron ingresadas en el hospital Humberto Alvarado Vásquez, en la sala Ginecoobstetricia (ARO) en un periodo detertminado (Enero a septiembre del 2021) con un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95% la que se determinó utilizando la siguiente formula de Munch Galindo

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

n: tamaño de la muestra

N: total de la población (Universo) 500

Z: 1.96(es el nivel de confianza del 95%)

P: proporción esperada (0.5)

Q: corresponde a 1-p

E: es el error de estimación aceptable. 5 % de errores máximo.

Sustituyendo:

$$N = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 500}{500 * 0.01 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$N = \frac{3.92 * 0.25 * 500}{500 * 0.01 + 3.92 * 0.25}$$

$$N = \frac{490}{5 + 0.98}$$

$$N = \frac{490}{5.98}$$

N=82 Embarazada

El estudio se realizó con una muestra de 82 embarazadas del hospital hospital Humberto Albarado Vasques procedencia de la sala de aro y la sala de parto

El tipo de muestreo que se utilizó es el probabilístico aleatorio simple, se caracteriza por que se determina de ante mano la probabilidad que tiene de ser seleccionado, cada uno de los elementos que integran la población.

El muestreo de nuestra investigación se realizará mediante el siguiente proceso:

1. se elaboró una lista con las etapas del embarazo adolescentes
2. Se realizaron papelitos enumerados y se introdujeron en una bolsa.
3. Se extrajeron papelito de la bolsa.

Método de recolección de la información:

La recolección de la información se realizó a través de una revisión exhaustiva del expediente clínico de las embarazadas adolescentes en el tercer trimestre y parto con

complicaciones obstétricas en el área de admisión y archivo del hospital Humberto Alvarado Vásquez en el periodo de enero a septiembre del 2021, mediante una hoja de recolección de datos posibilitando calificar y registrar los datos recopilados.

Criterios de inclusión

- Que sean ingresadas al hospital Humberto Alvarado
- Que esté en el tercer trimestre del embarazo o durante el parto
- Que sean adolescentes embarazadas
- Que presenten complicaciones

Prueba de jueces

Según (Hernandez- Sampieri, Fernandez- Collado & Baptista, 2010) Es el juicio sometido por una persona especializada, la cual valida instrumentos sometidos a valoración y correcciones, permitiendo así ser aceptado y que el contenido se ajuste correctamente a la investigación.

Para la validación de nuestro estudio se seleccionó a tres jurados de las diferentes especialidades del Instituto Politécnico de la Salud (Polisal), se realizó en el segundo semestre en el mes de septiembre del año en curso, Entre el tenemos Msc. Con especialidad Materno infantil coordinador de la carrera quien refirió que hiciéramos mejora en la justificación, el diseño metodológico en la parte del tipo de estudio y que macro localizáramos el lugar de estudio. El Msc. En salud pública coordinador de la carrera quien sugirió hacer mejoras en la redacción del diseño metodológico en la parte del diseño de estudio y en el instrumento. La Msc en SSR sugirió hacer mejoras en el instrumento mejorar las redacciones, que mejoremos en el diseño la parte del muestreo y que le agregamos otras complicaciones más. Por tal razón los tres jueces revisaron la metodología, diseño y contenido del instrumento en relación a los objetivos de la investigación. Por consiguiente nos dieron orientaciones en nuestro trabajo investigativo para poder modificarlo, en redacción, y coherencia de las preguntas del instrumento, las cuales fueron corregidas un 100% para mejorar la calidad del trabajo.

Pilotaje

Constituye uno de los pasos que siguen a la construcción de los instrumentos con el objetivo de detectar errores para valorar la calidad de la redacción.

Se aplicó una guía de observación documental en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez en el departamento de Masaya en la sala de aro y labor, con cuatro expedientes clínico de la área de archivo. El pilotaje de la investigación se realizó para detectar errores en la construcción de nuestros instrumentos y así valorar la calidad en redacción, secuencia de las preguntas y formato de los instrumentos que utilizamos

Teniendo como resultado el siguiente:

1. En el desarrollo del ítem de los Datos generales no tuvimos dificultad en el momento de responder las preguntas.
2. En el desarrollo del ítem de las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo de los cuatro expedientes tres de las adolescentes ingresadas presentaron complicación
3. En el desarrollo del ítem de las complicaciones en el parto de los cuatro expedientes una de las embarazadas presento complicaciones durante el parto.

En conclusión, se determinó que el instrumento es comprensible en su totalidad, no se mostró dificultad a la hora del llenado del instrumento, por lo que procederemos hacer el levantamiento de la información en el Hospital Humberto alvarado vásquez.

Procesamiento de la información

Se utilizó el programa de Microsoft Word para realizar el levantamiento de texto del trabajo que se entregó por escrito y Excel para la realización de las gráficas de las cuales reflejan los riesgos y complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes.

Presentación de la información

La presentación del trabajo se realizó en el programa de Microsoft office Word, considerando los siguientes aspectos: limpieza del trabajo, buena ortografía, gramática, pie de página, letra Times new Román 12, interlineado 1.5, justificado, márgenes

superiores 2.5, inferior 2.5, izquierdo 2.5, derecha 2.5, encolochado, la presentación para la defensa del trabajo se realizará a través de diapositivas en Microsoft office PowerPoint.

Consentimiento informado

Es uno de los elementos principales cuando se realiza un trabajo investigativo formal porque ayuda a la colaboración de la persona o institución y de esta manera se obtendrá información objetiva y confiable

Permiso por parte de la Docente

Se realizó una carta de solicitud para que las estudiantes realicen revisión de archivo en el Hospital Humberto alvarado la carta fue dirigida al Minsa.

Permiso por parte de los Estudiantes

Se realizó una carta dirigida a la jefa de docencia especificando la investigación que se realizara a las embarazadas en el tercer trimestre en el área de archivos.

Nuestras variables de estudio son:

- Características sociodemográfica de las embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado
- Complicaciones que presentan las embarazadas en el tercer trimestre
- Complicaciones que presenta las embarazadas durante el parto

Plan de tabulación y análisis

Se creó una base de datos en MICROSOFT EXEL y WORD, en donde se insertaron los datos obtenido mediante la revisión de los expediente clínicos la cual se realizaron los análisis de las Complicaciones obstétricas que presentan durante el tercer trimestre del embarazo y el parto las adolescentes que ingresan al Hospital Humberto Alvarado

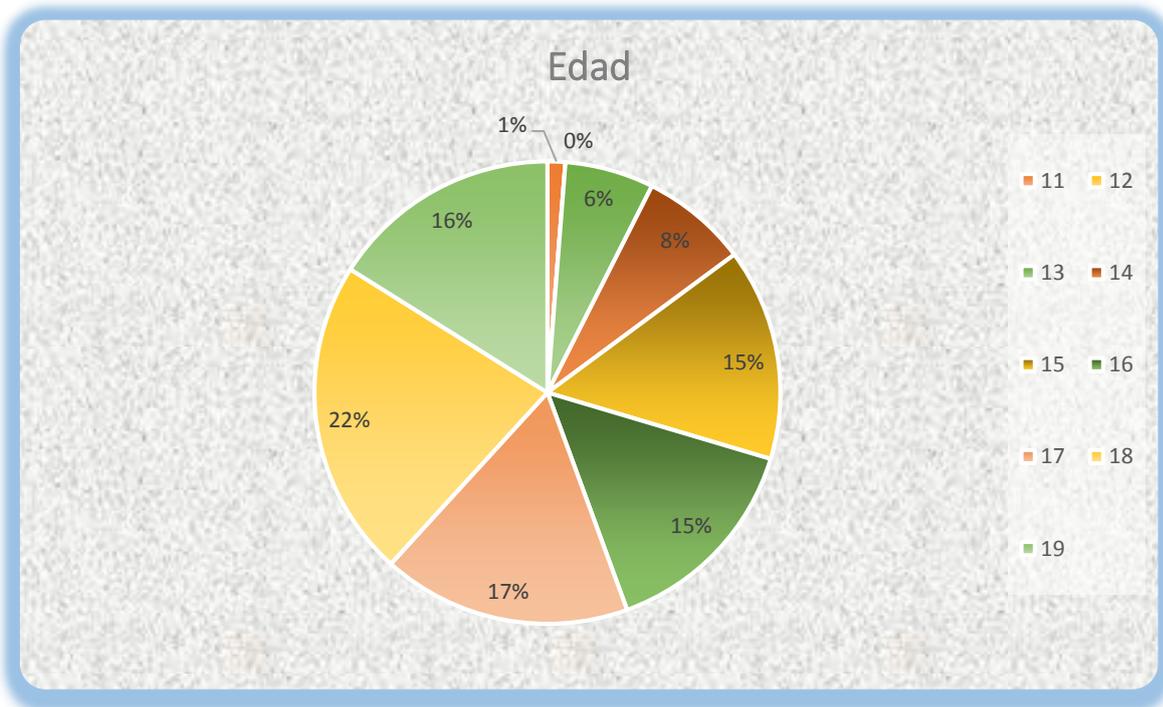
Vásquez, Masaya II semestre 2021

IX. Análisis y discusión de resultados

1. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas, son el conjunto de características biológicas, socio-económicas que están presentes en la población sujeta a estudio, En este estudio se hace énfasis en las características propias de las embarazadas del hospital Humberto Alvarado Vásquez, las cuales incluyen edad, sexo, procedencia, y profesiones.

Gráfica 1: Edad de las embarazadas que asistieron al hospital



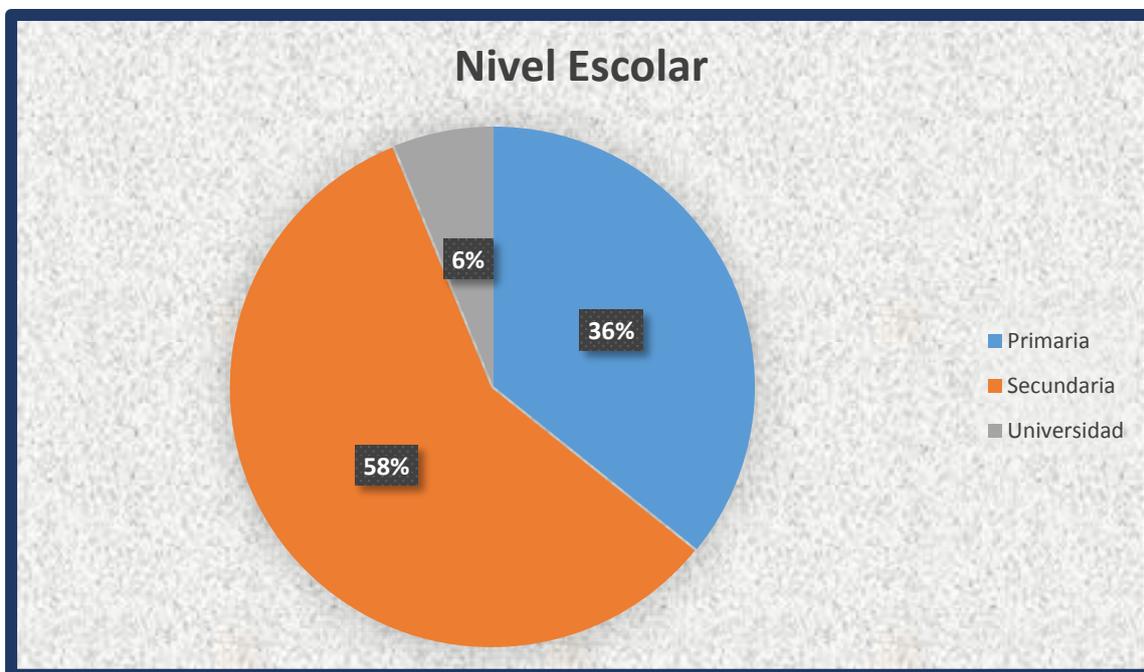
Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 1 se observa las edades de las embarazadas obteniendo en la fase de la adolescencia temprana de 11 años se encontró 1% que equivale a una embarazada, de 13 años 6% que equivale a 5 embarazadas, en la etapa de la adolescencia media de 14 años se encontró 8% que equivale a 6 embarazadas, de 15 años se encontró 15% que equivale a 12 embarazadas, de 16 años se encontró 15% que equivale a 12 embarazadas y de la adolescencia tardía de 17 años se encontró 17% que esto equivale a 14 embarazadas, de 18 años se encontró 22% que equivale a 18 embarazadas, de 19 años se encontró 16% que equivale a 13 embarazadas.

La etapa en que más predominó es la adolescencia tardía de 17 a 19 años en esta etapa la adolescente completa el desarrollo físico y alcanzaron su altura máxima, la adolescente se

asocia a diversos problemas tanto como para la madre como para el hijo , en esta etapa el adolescente no está apto para un embarazo, lo cual presenta complicaciones.

Grafica 2. Nivel escolar de las embarazadas

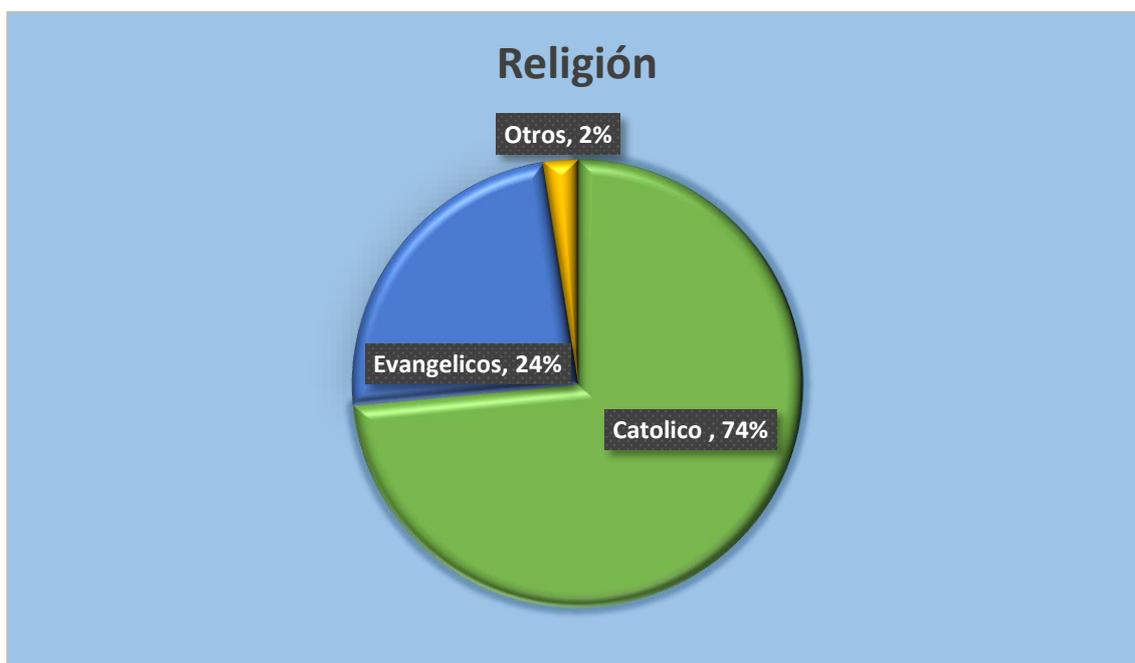


Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 2 se puede apreciar el nivel escolar de las embarazadas con un, 58% que equivale a 47 mujeres tiene secundaria incompleta, un 36% que corresponde a 29 embarazada con una primaria incompleta y un 6 % que corresponde a 5 embarazada que asisten a la universidad.

Se observa que el 58% de las adolescentes se encuentran en secundaria incompleta a pesar del grado académico obtenido salen embarazada a temprana edad.El embarazo en la adolescencia provoca un estancamiento a nivel educativo, dificultándoles seguir con sus estudio.

Gráfico 3. Religión de las embarazadas

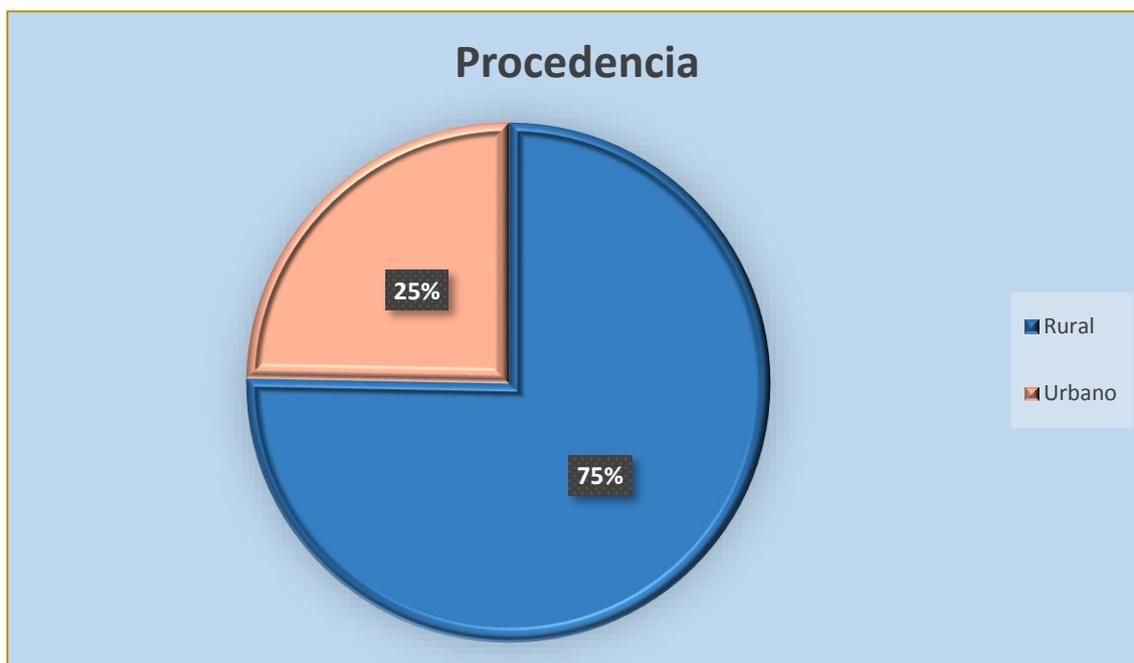


Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 3 se puede observar que las embarazadas, un 74% son católicas que corresponde a 61 embarazadas, el 24% son evangélicas que corresponde a 20 embarazadas y un 2% son otros que corresponde a 2 embarazadas.

Como sabemos la religión es el conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamientos y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con la que el hombre reconoce una relación con la divinidad. Conforme al censo 2005, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Gobierno de Nicaragua, el 58,5% de la población es católica y el 21,6%, protestante evangélica. En el censo del 2010 la cifra de católicos cayó y de evangélicos se elevó al 34,6. En la revisión documental que se realizó se observa que el catolicismo predominó con un 74% que equivale a 61 embarazadas.

Gráfico 4. Procedencia de la embarazada



Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 4 se observa que las embarazadas con un 75% son de zona rural que equivale a 61 embarazadas y un 25% son de zona urbana que corresponde a 20 embarazadas.

La zona urbana tiene grandes diferencias, respecto a la zona rural, la zona rural o el campo posee menos habitantes y más tranquilidad, huye a los ruidos, en cambio la zona urbana hay más ruidos de vehículo, música.

Es importante saber la procedencia de las adolescentes para identificar de donde provienen más embarazadas, el área que salió más afectada fue la zona rural con un 75% que corresponde a 61 embarazadas. El estudio de Skarleth del Carmen Urbina del 2016 el 71% de las adolescentes eran de procedencia rural el 29% era de casco urbano.

Gráfico 5. Situación laboral de la embarazada

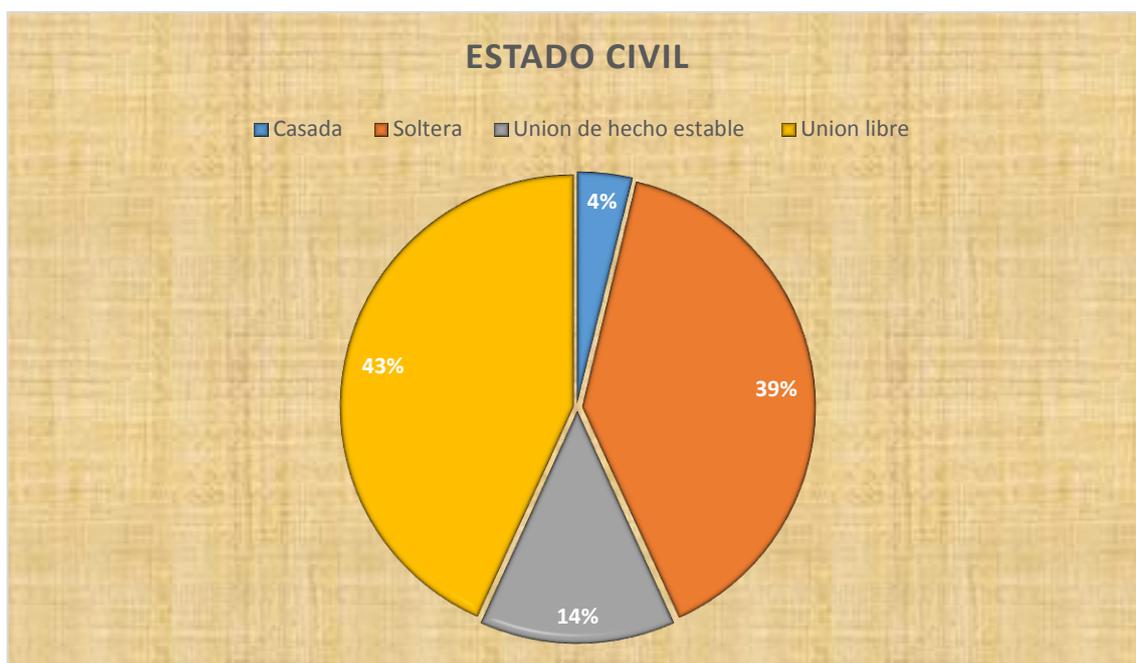


Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 5 se muestra que las embarazadas con un 74% que equivale a 60 mujeres que no trabajan, y un 26 % corresponde a 21 embarazadas que son ama de casa.

Se observa que el 74% de las embarazadas no trabajan debido que las adolescentes no han terminado primaria ni secundaria por consiguiente no pueden tener un empleo digno. Según Téllez y Acevedo, para trabajar como operario en las empresas textiles de las zonas francas se requiere un nivel de escolaridad de entre 9 y 12 años. Una escolaridad de menos años conlleva aceptar empleos precarios, de muy baja remuneración, que contribuirán a mantenerse en condición de pobreza en la edad adulta.

Gráfico 6. Estado Civil de las embarazada



Fuente: Revisión Documental

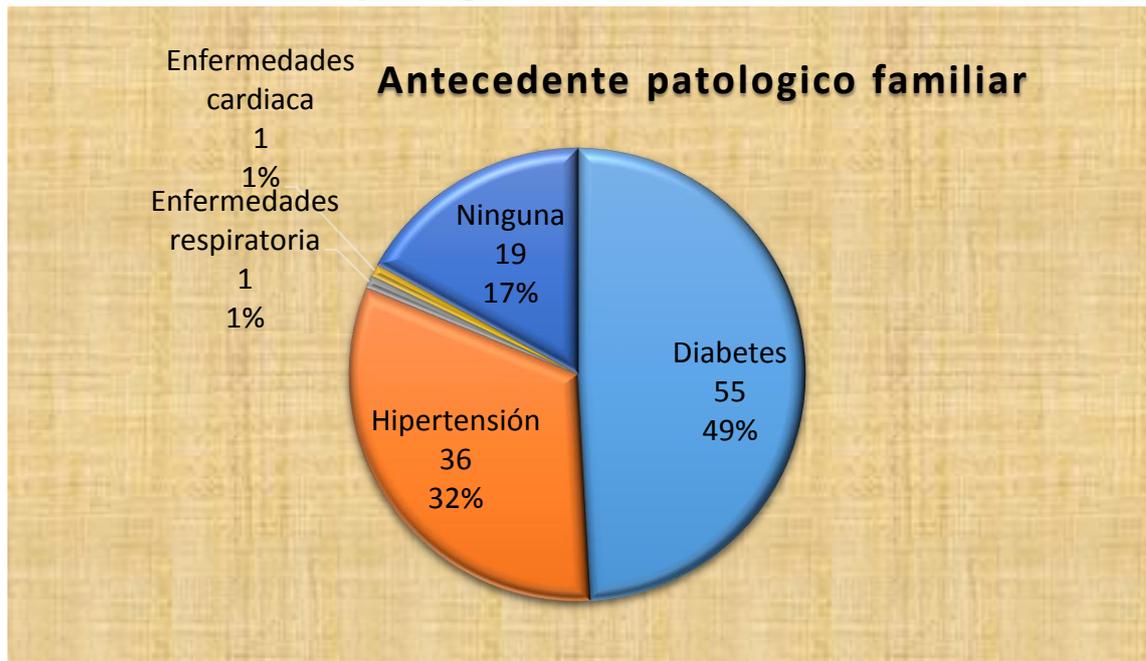
En el gráfico 6 se puede observar el estado civil de la embarazada que un 43% que corresponde a 35 mujeres están en unión libre, un 39% que equivale a 32 mujeres son solteras, un 14% que corresponde a 11 jóvenes están en unión de hecho estable y un 4% que corresponde a 3 embarazadas están casadas.

En particular se puede mencionar que de cada cien matrimonios celebrados entre 2004-2006, se efectuaron aproximadamente 19 divorcios, si bien es cierto este valor es bastante alto, lo más probable es que esté afectado por el nivel de importancia que tiene registrar los divorcios y que no es el mismo con respecto a los matrimonios, los divorcios son más acentuados en los departamentos de Managua y Estelí con un valor superior al promedio nacional. En la revisión documental se puede observar que las embarazadas con un 43% están en unión libre.

2. Complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas

El embarazo en la adolescencia involucra una serie de complicaciones que pone en riesgo la salud de la madre y del bebé durante el embarazo. Durante el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios y requiere de mayores cuidados; lamentablemente el embarazo a temprana se da con frecuencia.

Gráfica 7. Antecedentes patológicos familiares

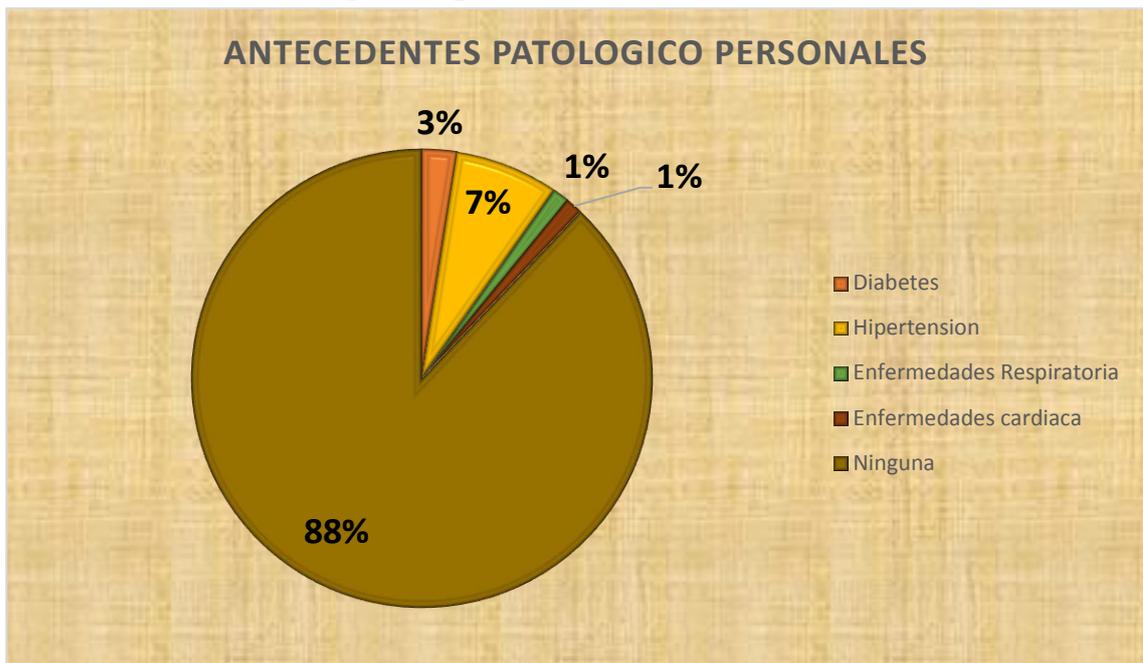


Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 7 se puede observar que las embarazadas que un 49% que corresponde a 55 embarazadas tiene antecedentes familiares que son diabéticos, un 32% que corresponde a 36 mujeres embarazadas tienen antecedentes de hipertensión, 1% que corresponde a 1 embarazada con enfermedades respiratoria y cardiaca, y un 17% que equivale a 19 embarazadas no tienen antecedentes familiares.

Según el estudio de Luis Hamilton del año 2017 es de 49% padecen de enfermedades de diabetes e hipertensión. Enfermedades mortales para las familias nicaragüenses en todo caso sobre el foco en el caso de la hipertensión, que permanece en muchos casos asintomática.

Gráfica 8. Antecedente patológico Personales

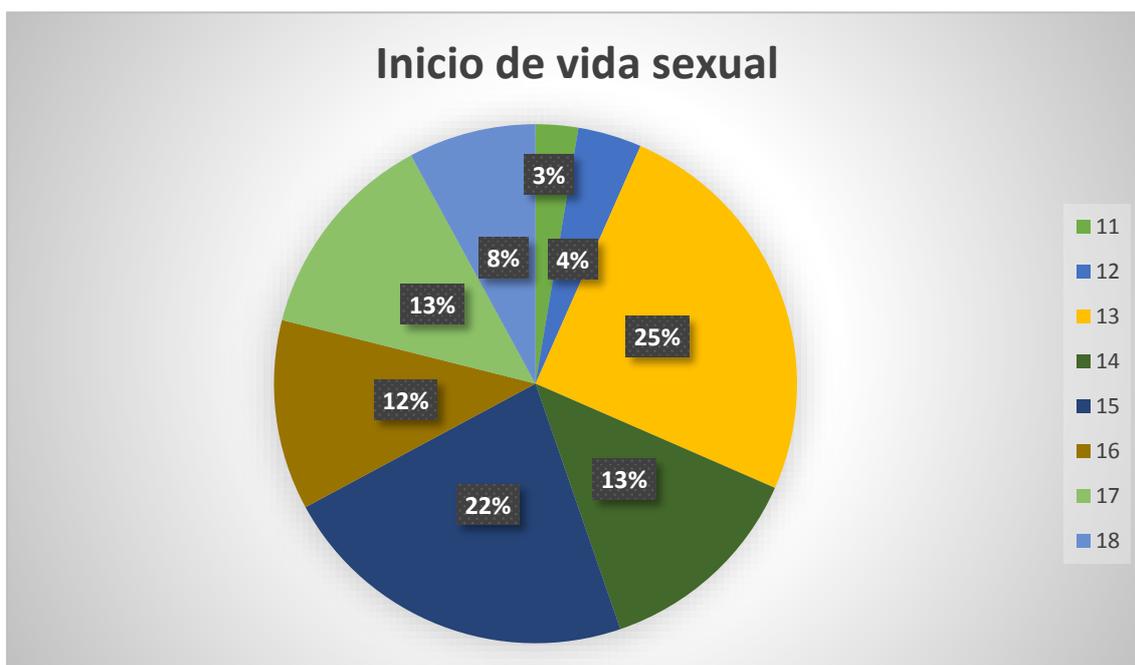


Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 8 se puede mostrar que la embarazadas un, 88% que corresponde a 73 embarazadas no presentaron antecedente personales, un 7% que equivale a 6 embarazada que presentaron enfermedades hipertensivas, un 3% que equivale a 2 embarazada que son diabéticas y 1% que equivale a 1 embarazadas presentaron enfermedades respiratoria y cardiaca.

Los antecedentes personales es información sobre la salud de una persona la cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud el cual, puede incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías, y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección.

Gráfico 9. A qué edad inicio su vida sexual

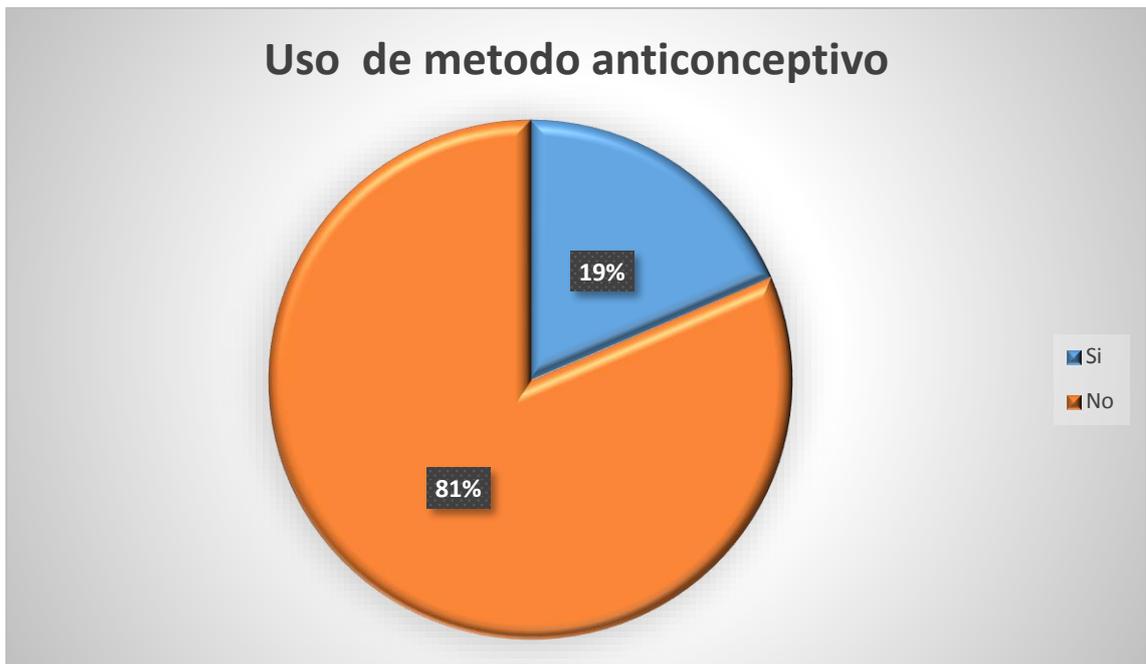


Fuente: Revisión Documental

En las gestantes se puede identificar que las adolescentes iniciaron su vida sexual a los 13 años con un porcentaje de 25 % equivaliendo a 19 embarazadas, siguiendo a los 15 años con un 22% siendo esta 17 embarazadas, con un 13% joven de 14 años y con un 13% adolescente de 15 años que iniciaron su vida sexual.

El inicio de la vida sexual hace referencia cuando una persona inicia o mantiene contactos sexuales en esta grafica se observan que son gestantes menores que no tienen la capacidad de abordar una vida sexual saludable ni tener a un bebe a esa edad ni económicamente ni mentalmente y también cuando la mantienen activa es decir, que continua teniendo relaciones sexuales.

Gráfico 10. Uso de método anticonceptivo

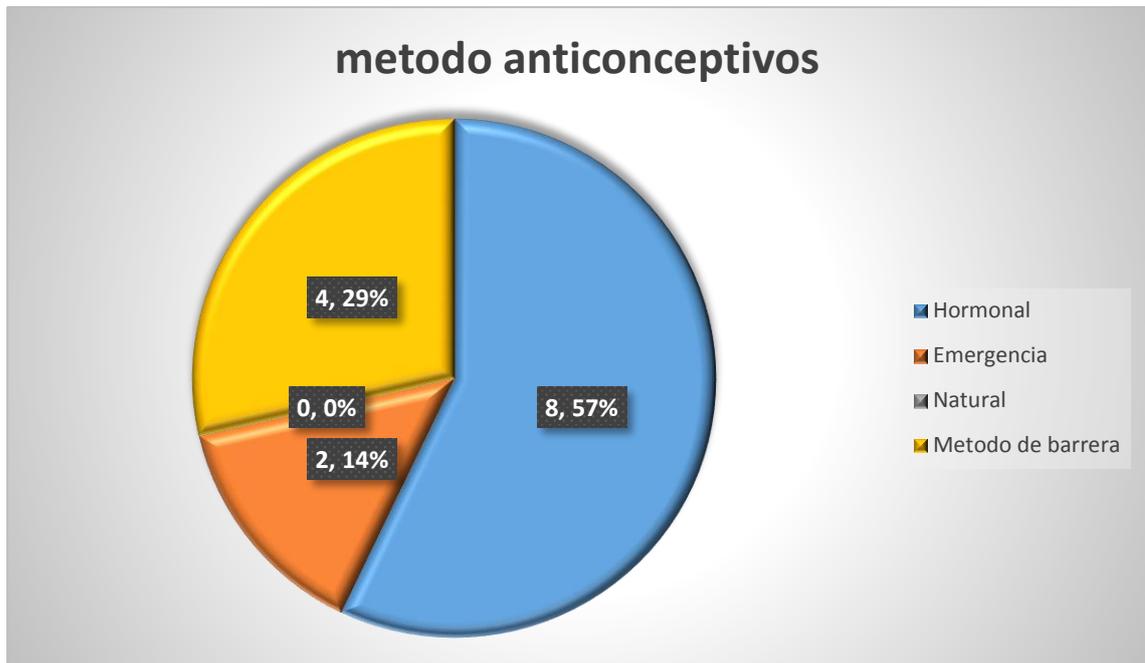


Fuente: Revisión Documental

Entre los métodos anticonceptivos que utilizaban las adolescentes se encontró con un valor de 81% no utiliza ningún método anticonceptivo con 66 embarazada y con 19% si utilizaba métodos con un total de 19 embarazadas.

Las parejas que mantienen relaciones sexuales deben utilizar métodos anticonceptivos de forma adecuada y cada vez que mantenga relaciones sexuales para evitar el embarazo la eficacia de cada método anticonceptivo se refiere al uso adecuado de cada método es decir, que estas niñas no solamente quedaron embarazada sino que también pudieron contraer enfermedades de transmisión sexual como el SIDA que pudo haber afectado la salud de la madre como también la del niño.

Gráfico 11. ¿Qué método anticonceptivo utiliza?

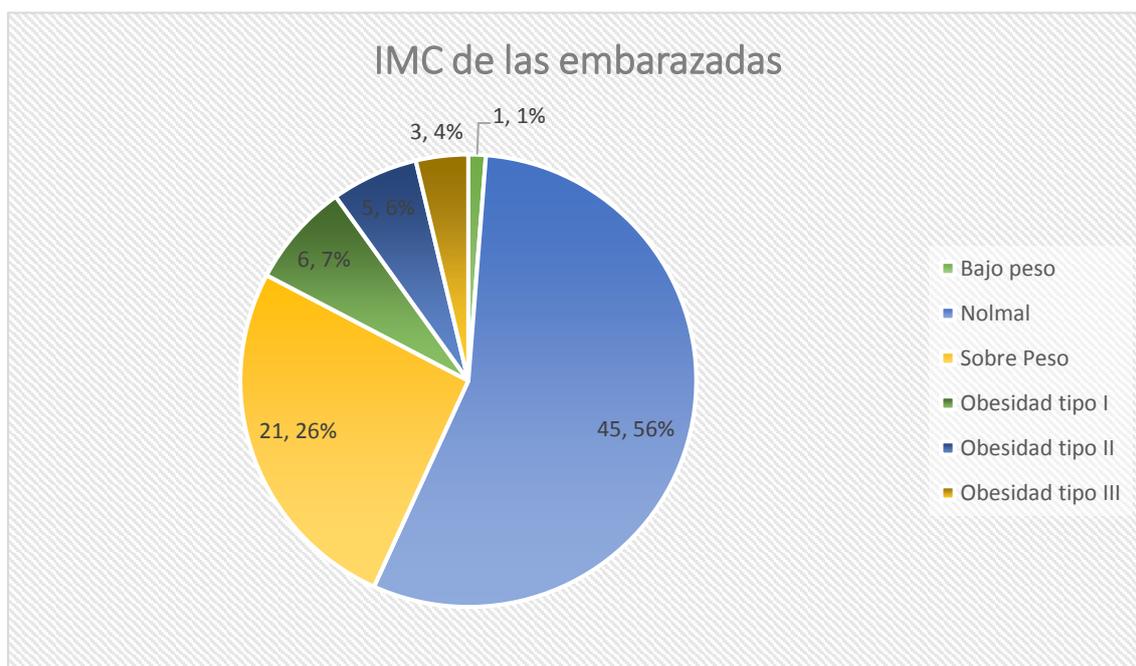


Fuente: Revisión Documental.

En el siguiente análisis se puede observar que el uso método anticonceptivo con 57% usan anticonceptivos hormonales, con un 29 % utiliza un método de barrera que es el condón y con valor de 14 % utilizo métodos de emergencia y con 0% el método natural.

Los métodos anticonceptivos te protegen y permiten que disfrutes de las relaciones sexuales y es el método más efectivo para prevenir un embarazo no deseado en la actualidad hay una gran variedad de métodos anticonceptivos disponibles entre ellos se encuentran los distintos de métodos hormonales que se utilizan frecuentemente pero no te protege de enfermedades de transmisión sexual lo adecuado es siempre protegerse para prevenir cualquier tipo de ITS.

Gráfico 12. IMC de la embarazada

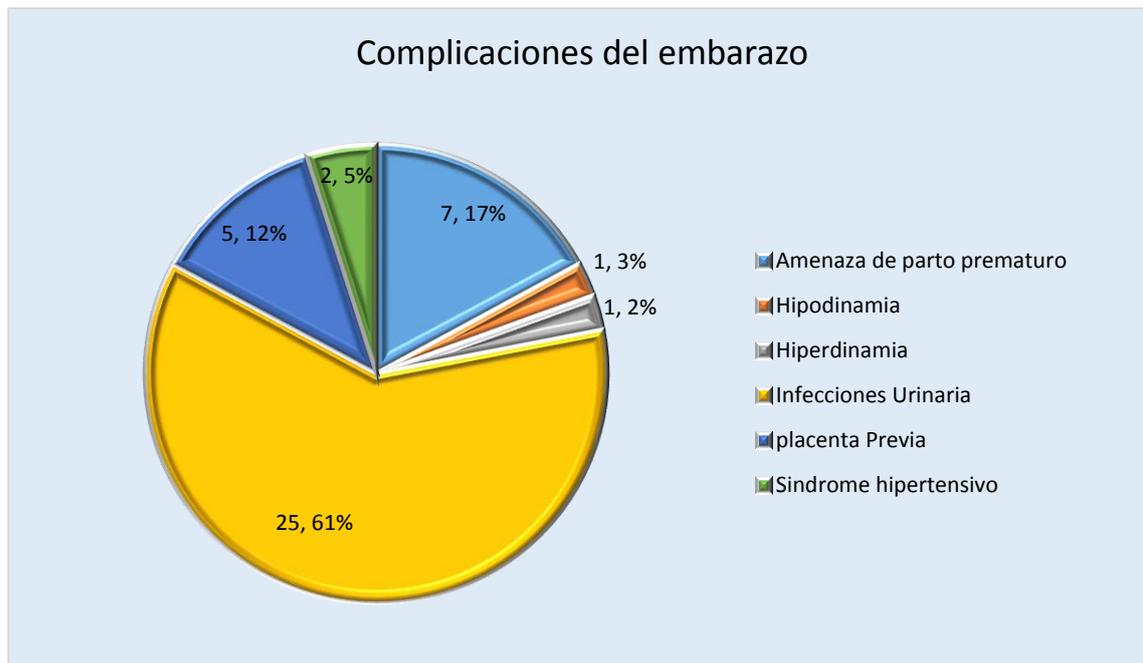


Fuente: Revisión Documental.

En las gestantes adolescentes se observa que el IMC de las embarazadas con 56% con peso normal, el 26% con sobrepeso equivaliendo a 21 embarazadas, y el 7% con obesidad tipo I equivaliendo a 6 embarazadas y el 6% con obesidad tipo II equivaliendo a 5 embarazadas.

Es normal aumentar gradualmente de peso durante el embarazo a medida que el bebé crece. Mientras que la mayoría de las mujeres ganan entre 11.5 kg y 16 kg, la cantidad de peso está influenciada a medida de que las mujeres va en aumento con el embarazo se tiene que ir ganando de peso para saber la ganancia del peso del bebé, pero hay que tener mucho cuidado con la ganancia de peso porque si llegamos a una obesidad eso puede ser muy mal para la salud de la madre.

Gráfico 13. Complicaciones del embarazo tercer trimestre

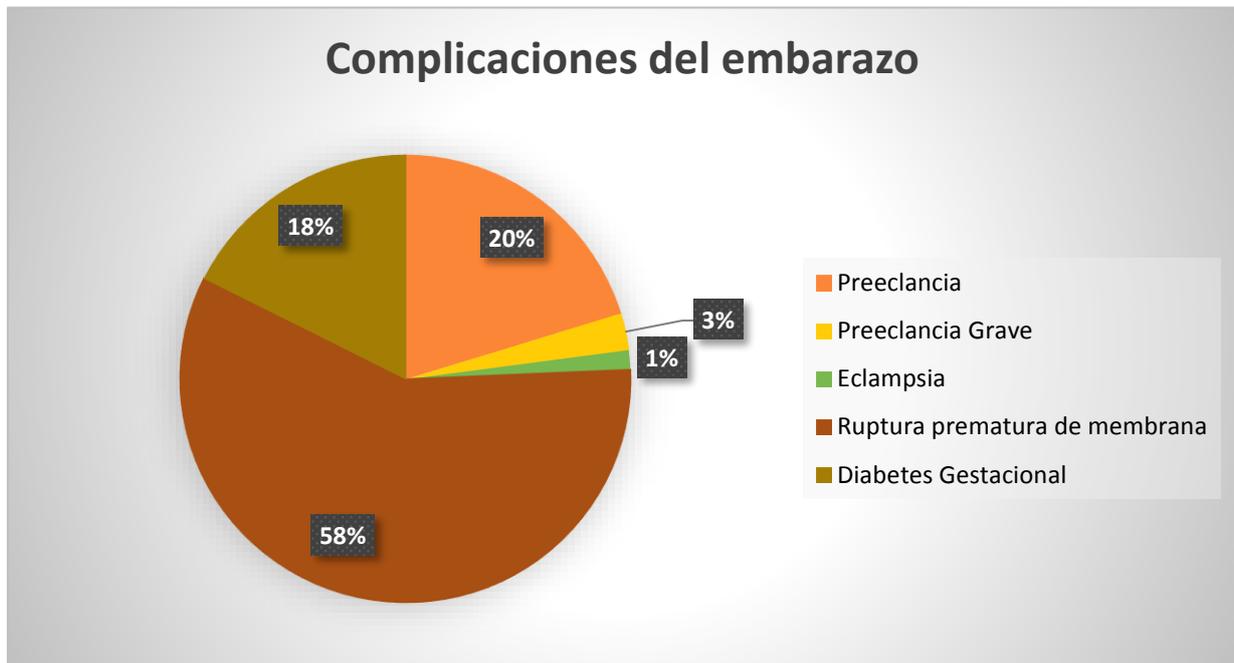


Fuente: Revisión Documental

Las adolescentes en gestación al realizar la revisión documental encontramos que las complicaciones en el embarazo son diversas lo cual tenemos que el 61% que equivale a 25 de las embarazadas presento infecciones urinaria siguiendo con el 17% equivalente a 7 de las embarazadas con amenaza de parto prematuro y el 12% que corresponde a 5 de las pacientes que presento placenta previa el 5% corresponde a 2 de las pacientes presento síndrome hipertensivo y el 3% correspondiente a 1 de las pacientes que presento Hipodinamia y para finalizar el 2% corresponde a una de las pacientes que presento Hiperdinamia.

Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud pública esto debido que son más del 30% de adolescentes embarazadas que presentan trastornos sufridos en el embarazo y estas pueden afectar la salud de la madre, del bebe o ambas estas complicaciones se presentan más en las adolescentes menores de 20 años esto a que su cuerpo no está físicamente preparado para dar a luz a nuevo ser.

Gráfico 14. Complicaciones del embarazo tercer trimestre

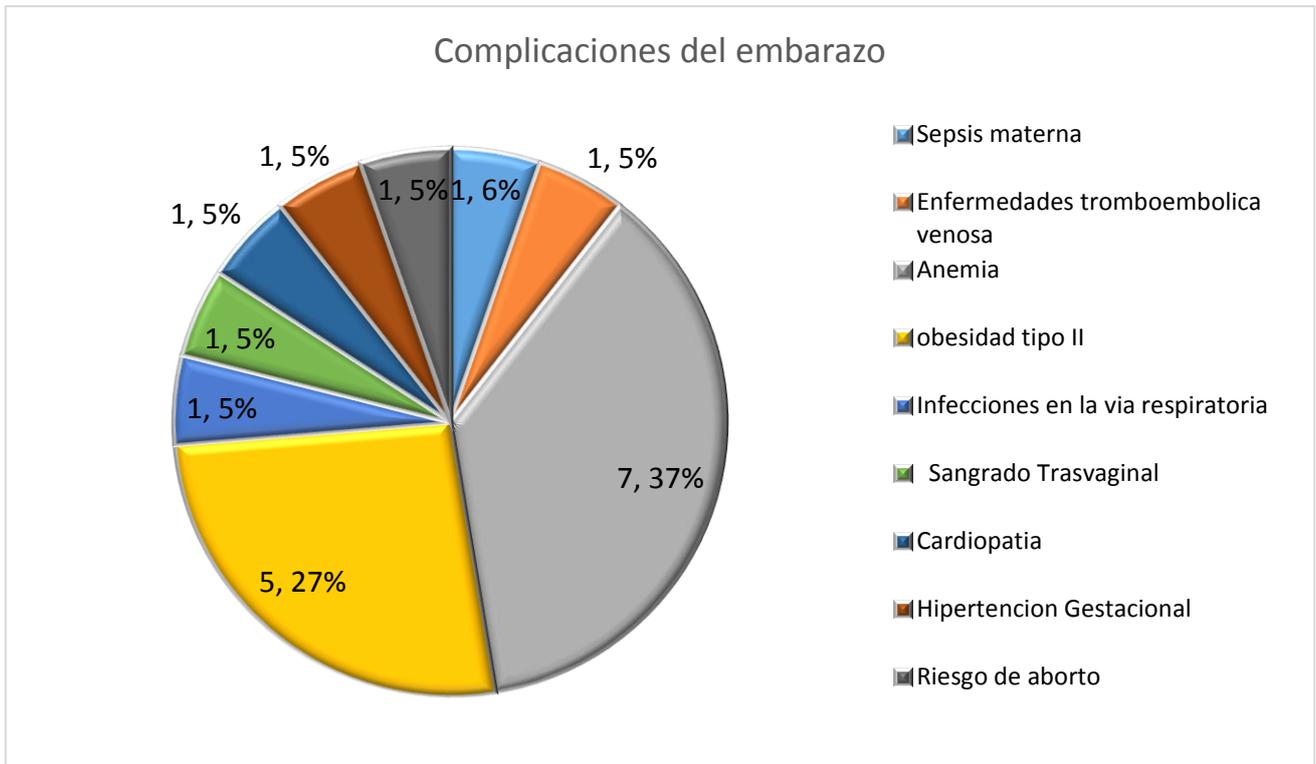


Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 14 podemos observar que las complicaciones frecuentes en el embarazo son varias en el estudio realizado podemos encontrar un porcentaje del 58% de las embarazadas en estudio presentaron ruptura prematura de membranas este porcentaje equivale a 43 de las personas en estudio, siguiendo con un 20% que constituye un total de 15 embarazadas que presentaron preeclampsia, seguimos con el 18% equivalente a 13 embarazadas que presentaron diabetes gestacional, siguiendo con el 3% que equivale a 2 pacientes que presentaron preeclampsia grave y por último un 1% que presentó eclampsia.

Las complicaciones en el embarazo son diversas y en esta investigación hemos encontrado un alto porcentaje en cada una de ellas, las mujeres embarazadas durante su periodo de gestación presentan problemas de salud entre los 15 y 19 años estas complicaciones son la causa principal de muerte de las jóvenes en periodos de gestación afectando la vida de la madre y del bebé.

Gráfico 15. Complicaciones del embarazo tercer trimestre



Fuente: Revisión Documental

En el gráfico 15 podemos observar que siguiendo con las complicaciones en el embarazo en el estudio realizado podemos encontrar que el 35% que equivale a 7 de las embarazadas presento complicación como es la anemia, siguiendo con un 30% equivalente a 6 embarazos que presento obesidad materna, luego un 5% equivalente a 1 persona presento infecciones en las vías respiratorias, un 5% de las embarazadas presento sangrado tras vaginal, siguiendo con otro 5% que presento cardiopatía, tenemos el 5% que presento hipertensión gestacional, luego seguimos con un 5% que presento riesgo de aborto, un 5% de estas embarazadas presento sepsis materna y por ultimo otro 5% presento enfermedades tromboemboliza venosa.

Las complicaciones durante el embarazo problemas de salud que afectan a ambos son enfermedades que se dan previa al embarazo o durante el mismo algunas de las adolescentes ya presentan enfermedades antes del periodo de gestación es por esto la importancia de llevar un control prenatal responsable para evitar más muertes maternas y disminuir las cifras de complicaciones en las adolescentes.

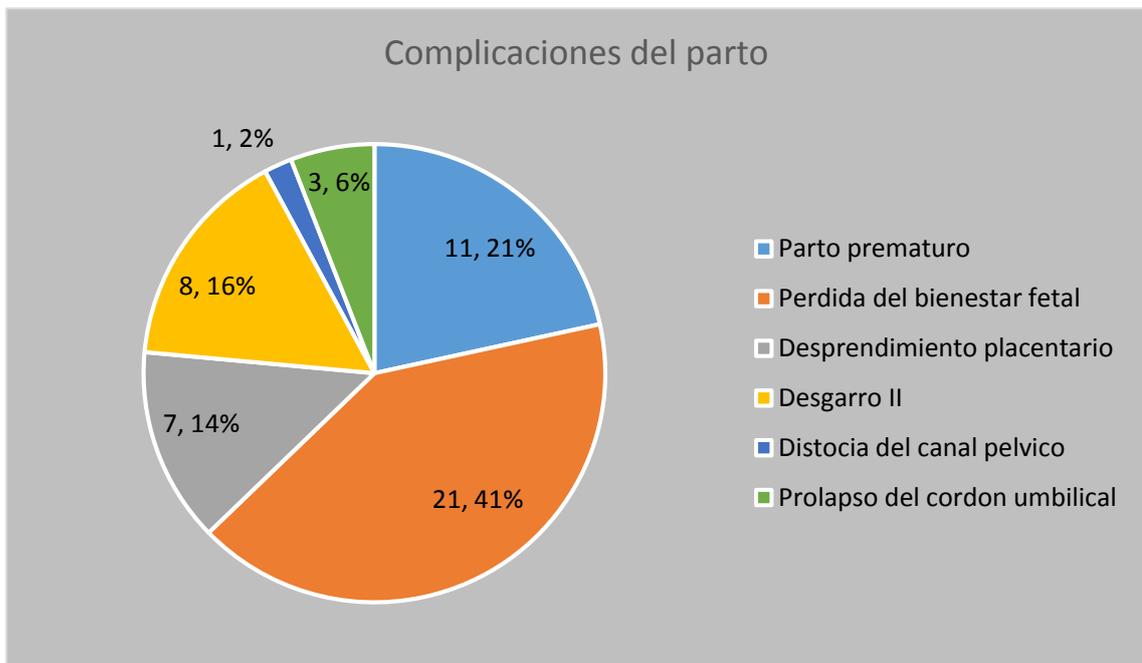
3. Complicaciones obstétricas que presentan en el parto

El parto como proceso natural consta de 3 etapas: borramiento y dilatación del cuello uterino, descenso y finalmente la salida del bebé y la expulsión de la placenta. El trabajo de parto generalmente comienza dentro de las 24 horas posteriores a la ruptura de la placenta; de lo contrario si está a término o cercano a la fecha es probable que el médico induzca el parto y si la ruptura sucede antes de las 34 semanas del embarazo la mujer será monitoreada en el hospital pues existe el riesgo de infección (Ishikawa, 2019)

En las siguientes gráficas describiremos las complicaciones en el parto encontradas en la investigación en el lugar de estudio

La mortalidad materna es inaceptablemente alta cada día en el mundo esto debido a complicaciones durante el embarazo y el parto prácticamente todas estas muertes se dan en los países de ingresos bajos y la mayoría de estas pueden haberse evitado, la mortalidad materna es más alta entre las mujeres, las adolescentes de zonas rurales debido a la poca asistencia al control prenatal, las complicaciones que más se presentan en el parto son diversas entre ellas, hemorragias graves, las infecciones, la preeclampsia y es de suma importancia que el parto sea atendido por un personal capacitado dado que la atención y el tratamiento a tiempo puede suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

Gráfica 16. Complicaciones del parto

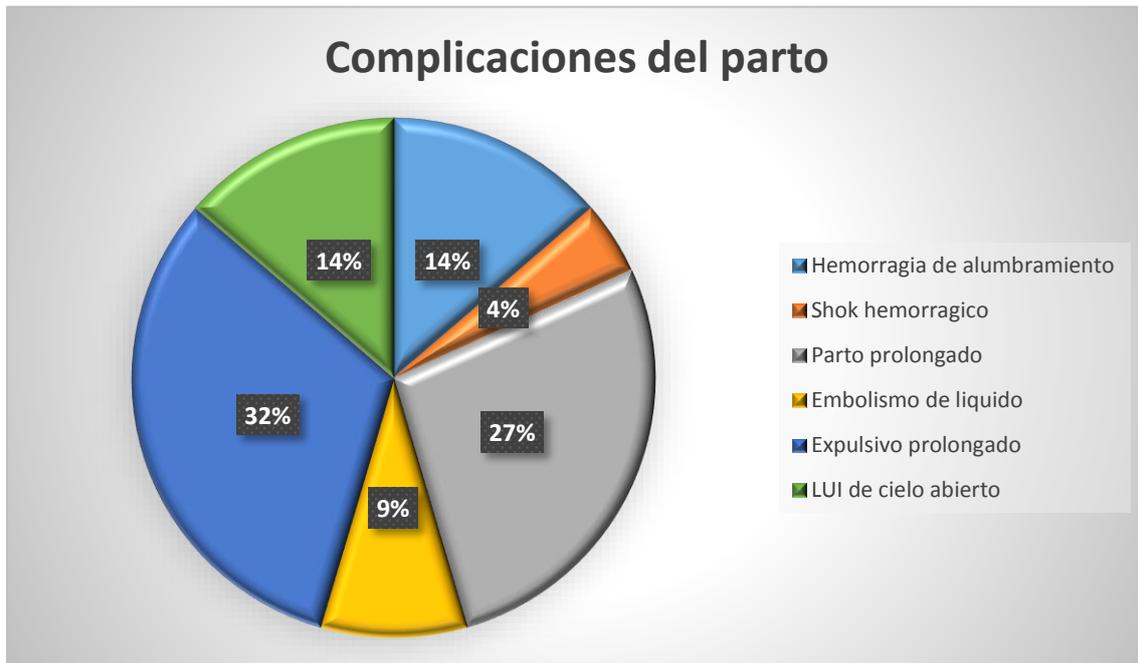


Fuente: Revisión Documental

En la presente investigación encontramos un cierto porcentaje de complicaciones en el parto que presentaron las embarazadas adolescentes y encontramos un 41% de las embarazadas presento pérdida del bienestar fetal , continuando con un 21% equivalente a 11 embarazadas que presento parto prematuro , siguiendo con el 16% de embarazadas que presento desgarro de II grado , continuando con el 14 % de estas adolescentes equivalente a 7 embarazadas presento desprendimiento placentario , siguiendo con el 6 % de las adolescentes embarazadas que prolapso del cordón umbilical y para finalizar con un 2% de estas embarazadas que corresponde a 1 de las pacientes que presento distocia del canal pélvico.

Las complicaciones en el parto son diversas debido que cada parto es diferente y puede presentar problemas, y este es una de las causas de muerte materna, una de las complicaciones que más predomino en esta investigación es la pérdida de bienestar fetal y parto prematuro son las más frecuentes en este hospital estas complicaciones van en aumento cada día por que más adolescentes siguen quedando embarazadas sin la más minina precaución y cuidados al inicio de una vida sexual activa.

Gráfica 17. Complicaciones del parto

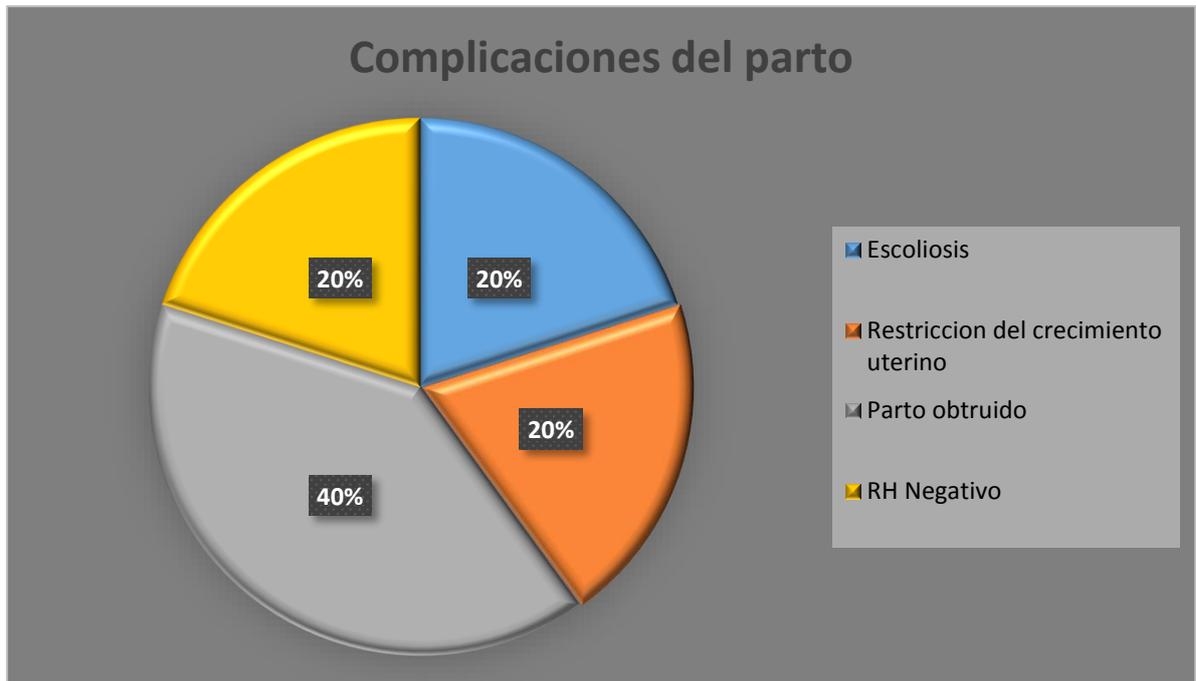


Fuente: Revisión Documental

Las complicaciones en el parto encontradas en las gestantes embarazadas ,están las siguientes con un 32% que presentaron expulsivo prolongado ,siguiendo con un 27% de las adolescentes que presento parto prolongado continuando con el 14, % de las adolescentes que presento hemorragia de alumbramiento ,siguiendo con otro 14% que corresponde a 3 embarazadas que presentaron LUI de cielo abierto ,siguiendo con el 9 % de la embarazas que presentaron embolismo de líquido y para terminar de describir esta grafica tenemos el 4% de las pacientes que presentaron shock hemorrágico.

Siguiendo con las complicaciones en el parto en esta investigación encontramos que unas de las complicaciones que prevalece en las adolescentes es el parto prolongado, esto puede producirse por una desproporción pélvica esto debido que la pelvis es anormalmente pequeña el parto puede transcurrir sin ningún problemas, algunas de las complicaciones se dan en el momento de alumbramiento y esto puede llevar a la muerte de la adolescente por hemorragias y otras complicaciones inesperadas.

Gráfica 18. Complicaciones del parto



Fuente: Revisión Documental

Las gestantes embarazadas en la revisión documental encontramos los siguientes datos que el 29% de las embarazos en estudio presentaron parto obstruido, continuando en el 15% de las embarazadas en estudio presentaron complicación llamada escoliosis, siguiendo con el 14% que presentaron RH negativo, para continuar con el 14% de las embarazadas que presentaron restricción del crecimiento intrauterino.

Las complicaciones en el parto se presentan más en las adolescentes estas son más propensas a sufrir diversas complicaciones esto debido que su cuerpo y su mentalidad no están físicamente preparados para este proceso porque están en pleno desarrollo, el parto se puede complicar al momento de dar a luz,

Gráfica 19. Complicaciones del parto



Fuente: Revisión Documental

En las gestantes embarazadas podemos observar que hay un mayor porcentaje en cuando a las complicaciones en el parto y tenemos un 50% que las adolescentes en estudio presentaron obesidad como complicación en el parto, siguiendo con el 17% de las embarazadas que presentaron atonía uterina, y siguiendo con otro 17 % que presento como complicación distocia cervical y finalizando con el 16% de las embarazadas en estudio que presentaron coriamnionitis.

Las complicaciones que las mujeres gestantes desarrollan durante el embarazo pueden producir problemas durante el parto como la preeclampsia, la obesidad y esto trae consigo problemas al recién nacido y estas complicaciones se pueden presentar en el parto y algunos problemas se producen después de la expulsión del feto en el momento que se expulsa la placenta, la obesidad es una enfermedad que se da en el embarazo pero trae consigo complicaciones en el parto.

X. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y los hallazgos relevantes descritos en la discusión de los resultados, el presente estudio concluye de la siguiente manera:

1. Las **característica sociodemográfica** de las adolescentes embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez, la edad que mayor predomina en la adolescencia tardía que es de 17 a 19 donde predomino la edad de 18 años; el nivel escolar es secundaria incompleta, la mayoría practica el catolicismo, la mayoría es de procedencia rural, no trabajan y por último se observa que el estado civil de las embarazada es de unión libre.
2. Las **Complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes en el tercer trimestre del embarazo** se concluye lo siguiente: Los antecedentes patológicos familiares se encontró la Diabetes, en los antecedentes personales no presentaron ninguna, el inicio de su vida sexual fue a los 15 años, no utilizaban métodos anticonceptivos , las embarazada que si utilizaron fue el de hormona, el IMC de las embarazada es normal y por ultimo las complicaciones que más prevalencia tuvieron son : obesidad materna, infecciones en las vía respiratoria, sangrado tras vaginal , cardiopatía , riesgo de aborto y Preeclancia grave , Ruptura prematura de membrana, infecciones en las vías urinarias, anemia, preclansia y Diabetes Gestacional .
3. Las **complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes durante la atención del parto** se concluye de la siguiente forma: Los hallazgo encontrados y con más prevalencia fueron: Desgarro II, LUI de cielo abierto(Legrado uterino), Ecoliasis, parto obstruido, RH negativo, perdida del bienestar fetal, parto prematuros, expulsivos prolongado.

XI. Recomendaciones

Una vez culminado este trabajo investigativo se plantean las siguientes recomendaciones, con el objetivo de que sean retomadas en los próximos estudios

A los docentes del POLISAL:

- 1) Que continúen siempre ayudando a los estudiantes en las diferentes investigaciones para el mejoramiento del trabajo investigativo.

Al Hospital Humberto Alvarado Vásquez:

1. Seguir garantizando la atención médica con calidad y calidez hacia las pacientes embarazadas.
2. Seguir mejorar en la atención oportuna en las complicaciones obstétricas
3. Brindar consejería sobre cómo mejorar los factores de riesgos que pueden llevar a una complicación obstétrica.

MINSA:

- 1) Fortalecer la actitud sobre la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, por medio de programas basados realizados por adolescentes en las unidades de salud y comunidad.
- 2) Seguir mejorar y monitorear por el programa de planificación familiar en cada unidad.
- 3) Al personal brindar consejería promoviendo las características de cada método para llevar una adecuada elección de planificación familiar.
- 4) Promover el programa continuo de planificación familiar.

Alas adolescentes:

- 1) Atender las orientaciones dadas por el personal de salud.
- 2) Acudir a sus controles prenatales.
- 3) Asistir al programa de planificación

XII. Bibliografía

- Allen, B. (21 de 5 de 2019). Obtenido de Etapas de la adolescencia:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Bombí, I. (23 de Junio de 2019). *salud*. Obtenido de [.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/](http://salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/)
- Cabarrubia. (2018).
- Calero (2020).
- CARTUCHE, L. R. (octubre de 2015). *Area de la salud humana* . Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/13488/1/trabajo%20de%20tesis%20LUIS%20ESPARZA.pdf>
- CASTELLÓN, N. A. (Diciembre de 2017). *UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177873/477-11105789.pdf>
- comunicacion social*. (24 de 07 de 2020).
- Cortez, R. d. (26 de febrero de 2015). *TRABAJO MONOGRAFICO*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/4095/1/74428.pdf>
- Endesa. (2018).
- española, r. a. (2019). Obtenido de <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
- Espinosa. (17 de Abril de 2017). *quironsalud*. Obtenido de <https://www.quironsalud.es/blogs/es/40-semanas/tipos-parto>
- Friel, L. A. (Octubre de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/cardiopat%C3%ADas-durante-el-embarazo#:~:text=Las%20mujeres%20embarazadas%20con%20alguna,contracciones%20y%20durante%20el%20nacimiento.>
- Garcia, D. (2020). Obtenido <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3296/1/226005.pdf>
- Gomez, M. F. (14 de Junio de 2021). *Factor trabajo* . Obtenido de <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/crisis-laboral-de-la-juventud-y-covid-19-una-cicatriz-prolongada/>
- Guerrero, M. T. (25 de Mayo de 2015). *Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/>
- Hernandez- Sampieri, Fernandez- Collado & Baptista (2010).

- Ishikawa, S. (2019). *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia* . Obtenido de <https://www.encyclopedia-infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion#:~:text=Las%20complicaciones%20obst%C3%A9tricas%20se%20refieren,en%20el%20per%C3%ADodo%20neonatal%20inicial.>
- Marina de la Plata Daza, M. P. (2018). *Influencia del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal materna en los resultados perinatales materno-fetales*. Obtenido de Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología : <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/309/238>
- Materna, E. G. (18 de septiembre de 2018). Obtenido de La sepsis y su impacto en la mortalidad materna.: <https://www.figo.org/es/news/la-sepsis-y-su-impacto-en-la-mortalidad-materna>
- Materno-Infanti, C. T. (Marzo de 2019). *texto de Capacitación Materno-Infantil*. Obtenido de <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12093035.pdf>
- Mathai, M. (2011). Protocolo para la Atención. En *Atención prenatal en atención primaria de la salud* (pág. 97). Paraguay: Agencia canadience.
- Mena, M. (2018). Obtenido de repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2254/951_2016_garcia_mena_my_facst_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud. . (2018). Obtenido de para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico.: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/NORMA+077+ARO.pdf>
- Mojica, F. J. (2015). *Guías de Manejo*. Obtenido de https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
- Moldenhauer, J. S. (Enero de 2020). *Embolia de líquido amniótico*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/embolia-de-l%C3%ADquido-amni%C3%B3tico>
- Moldenhauer, J. S. (2020). *Prolapso del Cordón Umbilical*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/prolapso-del-cord%C3%B3n-umbilical>
- O, P. A. (Mayo de 2017). *TIPOS DE PARTO*. Obtenido de <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/parto-tipos-y-formas-de-dar-a-luz>
- OMS . (2021). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>

- OMS. (2017). Obtenido de
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3296/1/226005.pdf>
- OPS. (2018). Obtenido de <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/area-mujer-investigacion-entorno-fetal-complicaciones-obstetricas>
- Peláez. (septiembre de 2016). *RIESGO OBSTÉTRICO*. Obtenido de
<iles.perezmi.webnode.com.ve/200000035-4a7004b6b9/Cap%2021%20Riesgo%20Obstétrico.pdf>
- peñas, I. (2018). *Inversión en educación , prevención y atención en el embarazo*. Guatemala , centroamerica : plan internacional .
- QUEVEDO. (2818). Obtenido de
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>
- QUEVEDO, E. L. (Diciembre de 2008). *COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL*. Obtenido de
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>
- Road, D. (26 de septiembre de 2020). *waterwipes*. Obtenido de
<https://www.waterwipes.com/latin/es/comunidad/embarazo/tipos-parto-cinco>
- Roberto Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista (2010).
- Roberto Sampieri, Carlos Fernandez, & Pilar Baptista (2010).
- Rodríguez-Chávez. (Diciembre de 2016). Obtenido de Sepsis en medicina materno fetal:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj163h.pdf>
- Sanchez, F. R. (2018). *Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100006
- social, c. (07 de 24 de 2020). *comunicacion social* .
- Tamez-Valdez, B. M. (Diciembre de 2016). *Scielo*. Obtenido de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000400229
- Thompson, G. (6 de JULIO de 2021). *CIGNA*. Obtenido de <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/infeccion-de-las-vas-respiratorias-altas-ug2381#:~:text=Una%20infecci%C3%B3n%20de%20las%20v%C3%ADas,incluyen%20gripe%2C%20resfriado%20y%20sinusitis>
- Urrutia, D. P. (FEBRERO de 2016). Obtenido de
<https://repositorio.unan.edu.ni/1466/1/5161.pdf>
- Valencia, H. (junio de 2015). *Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>

XIII. Anexo

Bosquejo de las complicaciones obstétricas que presentan durante el tercer trimestre del embarazo las adolescentes que asisten al Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021

- 1. Capítulo : características sociodemográfica de las adolescentes embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 20**
 - 1.1. Genero**
 - 1.2. Edad**
 - 1.3. Nivel escolar**
 - 1.4. Religión**
 - 1.5. Rural y Urbano**
 - 1.6. Estado civil**
 - 1.7. Situación laboral**
- 2. Capítulo: complicaciones y patología obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes en el tercer trimestre del embarazo.**
 - 2.1 Complicaciones obstétricas**
 - 2.2 Clasificación de las complicaciones**
 - 2.3 Diversos factores fisiológicos maternos predisponen a la infección ascendente**
- 3. Capítulo : complicaciones obstétricas durante el parto en las adolescentes**
 - 3.1 Tipo de complicaciones durante el parto**
 - 3.2 Normativa 109 protocolo para la atención de complicaciones obstétricas.**



**INTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD” LUS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA
Guía de revisión documental**

El instrumento que se utilizara es a través de la revisión documental con fines académicos con la cual pretenderá identificar las complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo y parto que acuden al Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en sala de ARO y Labor Masaya II semestre 2021.

I. Datos generales

Iniciales del Paciente _____

1. Edad _____

2. Nivel escolar:
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Universidad

3. Religión
 - a) Católico
 - b) Evangélico
 - c) Otros

4. Procedencia
 - a) Rural
 - b) Urbano

5. Situación laboral

- a) Trabaja
 - b) Ama de casa
 - c) Trabajo cuanta propia
 - d) No trabaja
6. Estado civil
- a) Casada
 - b) Soltera
 - c) Unión de hecho estable
 - d) Unión libre
7. PESO _____
8. TALLA _____
9. Antecedente patológico familiar
- a) Diabetes
 - b) Hipertensión
 - c) Enfermedades respiratorias
 - d) Enfermedades cardiaca
 - e) Otras _____
10. Antecedentes patológico personales
- a) Diabetes
 - b) Hipertensión
 - c) Enfermedades respiratorias
 - d) Enfermedades cardiaca
 - e) Otras _____
11. A qué edad inicio su vida sexual _____
12. Uso de métodos de planificación SI _____ NO _____

Complicaciones del embarazo	SI	NO
Amenaza Parto prematuro		
Hipodinamia		
Hiperdinamia		
Infecciones urinaria		
Enfermedades febriles durante el embarazo		
Diabetes gestacional		
Ruptura prematura de membranas.		
Placenta previa		
Síndrome hipertensivo gestacional		
Preclansia		
Eclampsia		
Sepsis materna		
Enfermedad tromboembolica venosa		
Complicaciones del parto		
Parto prematuro		
Pérdida del bienestar fetal		
Desprendimiento placentario		
Desgarro perineal		
Distocia del canal pelvi genital		
Prolapso de cordón umbilical		
Hemorragia de alumbramiento		
Shock hemorrágico		
Parto prolongado		
Embolismo de líquido amniótico		
Expulsivo prolongado		

Matriz de Operacionalización de Variable e Indicadores

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala	Unidad de medidas
características sociodemográfica de las adolescentes embarazadas que asisten al hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya II semestre 2021	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Edad		Nominal	Revisión Documental
	Nivel académico alcanzado por el estudiante	Nivel escolar	1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Universitario 6. Ninguno	Nominal	Revisión Documental
	Conjunto de creencias , mitos , dogma que practica el individuo	Religión	1. Católico 2. Evangélico 3. Otros	Nominal	Revisión Documental
	Lugar geográfico donde habita dicha población	Procedencia	1. Rural 2. Urbano	Nominal	Revisión Documental
	Persona que trabaja por cuenta ajena por un contrato eventual o fijo	Situación laboral	1. Ama de casa 2. Trabajo cuenta propia 3. No trabaja	Nominal	Revisión Documental

	Es la situación personal que se encuentre o no una persona física a otra	Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Soltera 3. Unión de hecho estable 4. unión libre 	Nominal	Revisión Documental
	Permite evaluar el estado nutricional de la madre y el incremento de peso durante la gestación	Peso y talla	<p>Peso:</p> <p>Talla (cm):</p>	Nominal	Revisión Documental
	Son datos o información acerca de su familia, el estado de salud en que se encuentra y resultado del tratamiento que llevan.	Antecedentes patológico familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Enfermedades respiratorias 4. Enfermedades cardíacas 5. Otras 	Nominal	Revisión Documental
	Son datos o información acerca del paciente , el estado de salud en que se encuentra	Antecedentes patológico personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades respiratorias 2. Diabética 3. Hipertensión 4. Cardiopatía 5. Otros 	Nominal	Revisión Documental
	Es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concentra en una entrevista o visita programas con el equipo de salud con el fin de controlar la evolución del embarazo	¿Cuántas veces asistió al médico para su control prenatal?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Cuatro veces 	Nominal	Revisión Documental

	Costumbre adaptada ante la gestación y que perjudique la salud deben ser suspendidos	Consumo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fumadora activa 2. Fumadora pasiva 3. Alcohol 4. Drogas 5. Ninguna 	Ordinal	Revisión Documental
	El inicio de vida sexual activa es un hecho de mayor trascendencia en la vida de un individuo.	A qué edad inicio su vida sexual		Nominal	Revisión Documental
	aquellos mecanismos utilizados por el hombre, mujer o la pareja a fin de que les permita decidir por sí mismas tener o no, y el número de hijos que desean	Fracaso de método anticonceptivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hormonal 2. Emergencia 3. Barrera 4. Natural 5. Ninguno 	Ordinal	Revisión Documental
Complicaciones y patologías que presentan las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo	Se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación.	Amenaza de parto prematuro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal	Revisión Documental
	Es un tipo de alteraciones de la dinámica uterina caracterizada por una disminución de la frecuencia, intensidad o del	Hipodinamia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal	Revisión Documental

	tono basal del útero				
	Se caracteriza porque las contracciones están aumentadas en intensidad, frecuencia y tono, conllevando a un trabajo de parto que evoluciona con rapidez	Hiperdinamia	1.Si 2.No	Nominal	Revisión Documental
	Una infección de las vías urinarias es una infección que se produce en cualquier parte del sistema urinario: los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra.	Infecciones urinarias	1.Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	El síndrome febril es el aumento de la temperatura corporal normal (37° C) la literatura menciona que se debe al incremento de sustancias de agentes infecciones al torrente sanguíneo de bacterias y virus	Enfermedades febriles durante el embarazo.	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	La diabetes gestacional es la diabetes que se diagnostica por	Diabetes gestacional	1.Si 2. No	Nominal	Revisión Documental

	primera vez durante el embarazo (gestación).				
	Se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas.	Ruptura prematura de membranas.	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	es aquella que por su inserción ocupa el segmento uterino inferior; tiene el inconveniente de que con la formación del segmento uterino inferior o con las contracciones uterinas se crea una zona de separación	Placenta previa	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	Es el aumento de la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación	Síndrome hipertensivo gestacional	1.Si 2.No	Nominal	Revisión Documental

	Es la presión arterial alta y signos de daño hepático o renal que ocurren en las mujeres después de la semana 20 de embarazo.	Preclamsia	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	Es el comienzo de convulsiones o coma en una mujer embarazada con preeclampsia. Estas convulsiones no están relacionadas con una afección cerebral existente.	Eclampsia	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	La sepsis es una condición clínica frecuente y mortal. Junto con el choque séptico (CHS) representa la complicación más grave de los procesos infecciosos	Sepsis materna	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es un proceso patológico que incluye trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar (TEP).	Enfermedad tromboembólica venosa	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental

complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas adolescentes durante el parto	El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal	Pérdida del bienestar fetal	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	Es el que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto estimada. En otras palabras, un parto prematuro es el que ocurre antes de la semana 37 de embarazo.	Parto prematuro	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	Se da por retención del tejido placentario o a una atonía uterina, esta última es común en aquellas mujeres que presentaron un trabajo de parto	Desprendimiento placentario	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental

	muy rápido o prolongado				
	Daño a la piel y/o a los músculos entre el introito vaginal y el orificio anal. La fijación más común para un desgarro perineal está durante parto	Desgarro perineal	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	La distocia fetal es un tamaño anormalmente grande o una posición que dificultan el parto. El diagnóstico se realiza mediante el examen, la ecografía o la respuesta al trabajo de parto.	Distocia del canal pelvi genital	1. Si 2. No 3. No se	Nominal	Revisión Documental
	Es la presencia del cordón umbilical en el canal del parto, por delante, de forma más o menos completa, de la presentación fetal.	Prolapso de cordón umbilical	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea.	Hemorragias de alumbramiento	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental

	Es el término médico que se usa para denominar los períodos menstruales con sangrado anormalmente intenso o prolongado.	Shock hemorrágico	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción feto pelviana (el feto no puede pasar por la pelvis materna)	Parto prolongado	1.Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	El embolismo de líquido amniótico (ELA) es un síndrome de resultados catastróficos que se produce durante el embarazo o en el posparto inmediato.	Embolismo de líquido amniótico	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental
	El expulsivo es la segunda fase del parto, en la que se tiene que empujar para conseguir que el bebé salga del canal del parto.	Trabajo de parto expulsivo prolongado	1. Si 2. No	Nominal	Revisión Documental

Tablas

Tabla 1: Edad de las embarazadas del de del hospital Humberto Alvarado Vásquez

Edad	Número	Porcentaje
11	1	1%
12	0	0%
13	5	6%
14	6	8%
15	12	15%
16	12	15%
17	14	17%
18	18	22%
19	13	16%

Tabla 2: Nivel escolar de las embarazadas

Nivel Escolar	Número	Porcentaje
Primaria	29	36%
Secundaria	47	58%
Universidad	5	6%

Tabla 3: Religión de las embarazadas

Religión	Número	Porcentaje
Católico	61	74%
Evangélico	20	24%
Otros	2	2%

Tabla 4: Procedencia de la embarazada

Procedencia	Número	Porcentaje
Rural	61	75%
Urbano	24	25%

Tabla 5: Situación laboral de la embarazada

Situación laboral	Número	Porcentaje
Trabaja	0	0%
Ama de casa	21	26%
No trabaja	60	74%

Tabla 6: Estado Civil de la embarazada

Estado civil	Número	Porcentaje
Casada	3	4%
Soltera	32	39%
Unión de hecho estable	11	14%
Unión Libre	35	43%

Tabla 7: Antecedentes patológicos familiares

Antecedente Familiares	Número	Porcentaje
Hipertensión	36	32%
Diabetes	55	49%
Enfermedades Respiratoria	1	1%
Enfermedades cardiaca	1	1%
Ninguna	19	17%

Tabla 8: Antecedente patológico Personales

Antecedentes Personales	Número	Porcentaje
Hipertensión	6	7%
Diabetes	2	3%
Enfermedades Respiratoria	1	1%
Enfermedades cardiaca	1	1%
Ninguna	73	88%

Tabla 9: A qué edad inicio su vida sexual

Inicio de vida Sexual	Número	Porcentaje
11	2	3%
12	3	4%
13	19	25%
14	10	13%
15	17	22%
16	9	12%
17	10	13%
18	6	8%

Tabla 10: Uso de método anticonceptivo

Uso de método anticonceptivo	Número	Porcentaje
Si	15	19%
No	66	81%

Tabla 11: ¿Qué método anticonceptivo utiliza?

Método anticonceptivo	Número	Porcentaje
Hormonal	8	57%
Emergencia	2	15%
Natural	0	0%
Método de barrera	4	31%

Tabla 12: IMC de la embarazada

IMC de la embarazada	Número	Porcentaje
Bajo peso	1	1%
Normal	45	56%
Sobre peso	21	26%
Obesidad topo I	6	7%
Obesidad tipo II	5	6%
Obesidad tipo III	3	4%

Tabla 13: Complicaciones del embarazo

Complicaciones del embarazo	Número	Porcentaje
Amenaza de parto prematuro	7	17%
Hipodinamia	1	3%
Hiperdinamia	1	2%
Infecciones urinaria	25	61%
Placenta previa	5	12%
Síndrome hipertensivo	2	5%

Tabla 14: Complicaciones del embarazo

Complicaciones del embarazo	Número	Porcentaje
Preeclancia	15	20%
Preeclancia grave	2	3%
Eclampsia	1	1%
Ruptura prematura de membrana	43	58%
Diabetes Gestacional	13	18%

Tabla 15: Complicaciones del embarazo

Complicaciones del embarazo	Número	Porcentaje
Sepsis materna	1	5%
Enfermedades tromboembolica venosa	1	5%
Anemia	7	35%
Obesidad tipo II	5	27%
Infecciones en la vía respiratoria	1	4%
Sangrado tras vaginal	1	5%
Cardiopatía	1	5%
Hipertensión gestacional	1	5%
Riesgo de aborto	1	5%

Tabla 16: Complicaciones del Parto

Complicaciones del parto	Número	Porcentaje
Parto prematuro	11	21%
Perdida del bienestar fetal	21	41%
Desprendimiento placentario	7	14%
Desgarro II	8	16%
Distocia del canal pélvico	1	2%
Prolapso del cordón umbilical	3	6%

Tabla 17: Complicaciones del Parto

Complicaciones del Parto	Número	Porcentaje
Hemorragia de alumbramiento	3	14%
Shok hemorrágico	1	4%
Parto prolongado	6	27%
Embolismo de liquido	2	9%
Expulsivo prolongado	7	32%
LUI de cielo abierto	3	14%

Tabla 18: Complicaciones del Parto

Complicaciones del parto	Número	Porcentaje
Ecoliasis	1	15%
Restricción del crecimiento uterino	1	14%
Parto obstruido	2	29%
RH negativo	1	14%

Tabla 19: Complicaciones del parto

Complicaciones del parto	Número	Porcentaje
Corioamnionitis	1	4%
Distocia cervical	1	4%
Atonía uterina	1	4%
Sobre peso	21	88%

Cronograma de actividades I Semestre

Actividades	14-18 Marzo	21-25 Marzo	28-01 Abril	04-08 Abril	11-15 Abril	18-22 Abril	25-29 Abril	02-06 Mayo	09-13 Mayo	22-25 Mayo
Exploración para selección de tema										
Selección del tema y elaboración de objetivos										
Elaboración de introducción, resumen, antecedentes, justificación, planteamiento del problema, preguntas de investigación, instrumentos, consentimiento informado institucional.										
Elaboración de marco teórico										
Elaboración de diseño metodológico										
Encuesta										
Elaboración de bosquejo										
Entrega de borrador										
Entrega de documento final										

Cronograma de actividades II Semestre

Actividades	6- 13 agosto	13-20 Agosto	21- 24 Sept	05 octubre			10-11 Enero 2022	17 Enero 2022	27 Enero 2022	17 Febrero 2022	22 Febrero 2022	11 Marzo 2022
Elaboración de cronograma												
Mejorar componentes del protocolo sobre la base de recomendaciones												
Validación de protocolo e instrumento												
Fase de campo (recolección de la información)												
Análisis de la información												
Elaboración de conclusión , recomendaciones y bibliografía												
Primer borrador avance del trabajo(informe final)												
Redacción de resumen e introducción												
Redacción informe final												
Presentación el trabajo												
Entrega de manuscrito												
Defensa												

Cronograma de presupuesto

Concepto	Cantidad	unidad medida	costo unitario	costo total
Trasporte inter urbano Masaya Managua X2	10	23	230	230
Trasporte inter urbano Dirimo Masaya X2	6	20	180	180
Trasporte inter urbano Managua Diriomo X2	10	35	350	350
Pasaje en ruta	10	2.5	25	25
Moto taxi	4	15	60	60
Almuerzo	6	120	720	720
Impresiones	6	20	120	120
Internet móvil	20	30	600	600
Total:				2285

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Lic.

Asunto: Solicito validación de Instrumento de recolección de datos por juicio de expertos.

Presente.

De mi mayor consideración:

Mediante el presente, le saludo cordialmente y a su vez tengo a bien hacer de su conocimiento que, por motivo de rigor metodológico en los trabajos de investigación, se requiere de la Validación de Instrumentos de recolección de datos.

Motivo por el cual le solicito tenga a bien participar como Experto para la validación cualitativa de contenido y así comprobar hasta donde los ítems de dichos instrumentos son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que deseamos medir.

El título del proyecto de investigación Complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo y el parto que acuden al Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en la sala de ARO Masaya II semestre 2021

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona, me despido de usted reiterándole las muestras de mi deferencia y estima personal.

Constancia de validación

Yo, _____, con cédula de
identidad N° _____ de profesión
_____, ejerciendo actualmente
como _____, en la institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
instrumento (encuesta, cuestionario), para los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Pertinencia				
Suficiencia				
Claridad				
Coherencia				
Estrategias				
Relevancia				

Observaciones: _____

En Managua, a los _____ días del mes de _____
Del _____

Firma

Constancia de validación

Yo, Josethin A. Mayo Ure, con cédula de
 identidad N° 561-061289 de profesión
Enfermero, plabino Irapu ejerciendo
 como Coordinador de enfermería en la institución
Polisal UNA-Managua

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
 instrumento (encuesta, cuestionario), para los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
 apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Pertinencia			X	
Suficiencia			X	
Claridad			X	
Coherencia		X		
Estrategias			X	
Relevancia			X	

Observaciones:

En Managua, a los 21 días del mes de septiembre.
 Del 2021


 Firma

26

Constancia de validación

Yo, Melán Benjamín Ramos J., con cédula de
 identidad N° 047-160888-000013 de profesión
Enfermero, ejerciendo
 como Docente, en la institución
Polisal UNA-MANAGUA

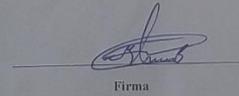
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
 instrumento (encuesta, cuestionario), para los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
 apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Pertinencia		✓		
Suficiencia		✓		
Claridad		✓		
Coherencia			✓	
Estrategias			✓	
Relevancia			✓	

Observaciones:

En Managua, a los 24 días del mes de Septiembre.
 Del 2021


 Firma

Constancia de validación

Yo, Mario Elena Pérez Abato, con cédula de
 identidad N° 0071600200550 de profesión
Enfermera, ejerciendo
 como Docente, en la institución
Polisal-UNA-Managua

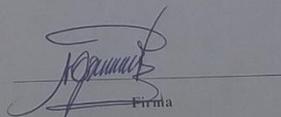
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
 instrumento (encuesta, cuestionario), para los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
 apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Pertinencia			X	
Suficiencia		X		
Claridad				
Coherencia		X		
Estrategias		X		
Relevancia				X

Observaciones: Favor reformar las sugerencias

En Managua, a los 05 días del mes de octubre.
 Del 2021


 Firma



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2★21
**ESPERANZAS
VICTORIOSAS!**
TODO CON AMOR!

MINISTERIO DEL PODER CIUDADANO PARA LA SALUD
SILAIS-MASAYA

Masaya, 21 de octubre del 2021.

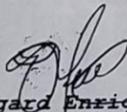
Dr. Leonel Jiménez Suazo
Director Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez
Sus manos.

Sirva la presente para remitirle a las estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería con mención en Salud Pública, del Instituto Politécnico de la salud Luis Felipe Moncada, UNAN MANAGUA, quienes solicitan permiso para realizar su **TESIS** de investigación, **Complicaciones Obstétricas en las adolescentes en el Hospital** que usted dignamente dirige. La Universidad cumple con los requisitos del CNU Y MINSa, por lo tanto, se autoriza la investigación científica. Las estudiantes son las siguientes:

- Bra. Elena Margarita Hernández Tellez
- Bra. Rita Auxiliadora García Davila
- Bra. Valeska del Rosario Espinoza Cruz

Sin más que agregar, seguro que le brindara su apoyo, le saludo, deseándole éxito en sus funciones.

NOTA: Este trabajo deben dejar una copia a Docencia, al Hospital y deben de presentarlo en la JORNADA CIENTIFICA DEL SILAIS MASAYA, MES DE JULIO 2022.


Lic. Edgard Enrique Membreño Cerrato
Sub-Director Docente
SILAIS-Masaya

Cc.: Archivo.


**FE,
FAMILIA
Y COMUNIDAD!**

CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
**MINISTERIO DE SALUD
SILAIS-MASAYA**

Dirección: Hospital de Anclaje "San Antonio" 3 cuadras al sur, Masaya, Nicaragua
Teléfonos: 2522-2321, 2522-3333, Fax: 2522-2321. Administración: 2522-0372
Email: silaismasaya@yahoo.es ds89-mas@minsa.gob.ni

Galería de fotos

